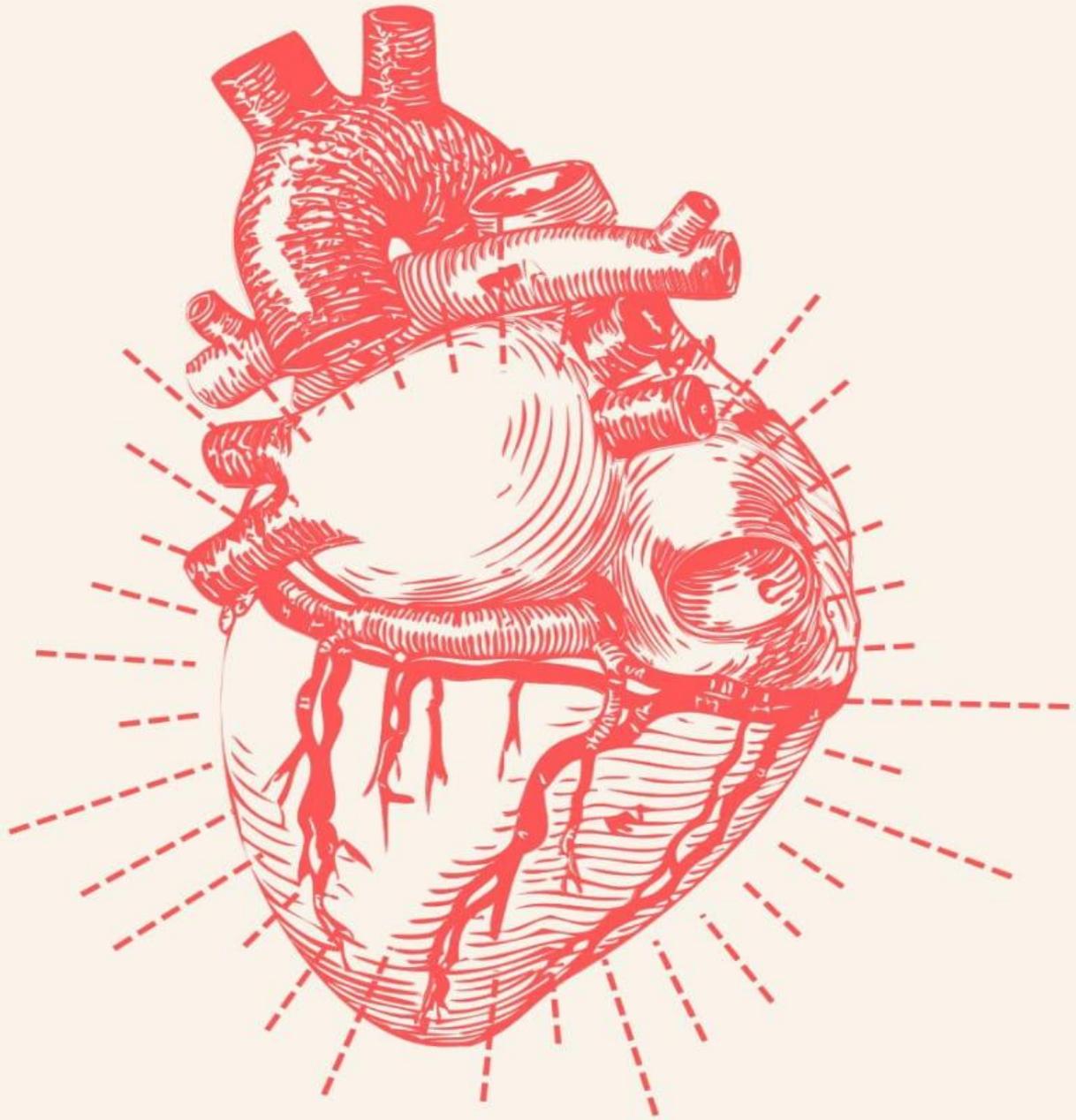


O CORAÇÃO "THE HEART"



EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES E O PERFIL
DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA BRASILEIRA

ISBN: 978-65-981095-0-9



COMCIÊNCIAS



Editora Lion Publication

Ficha Catalográfica

O CORAÇÃO "THE HEART" EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES E O PERFIL DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA BRASILEIRA : VOLUME 1 / 1º EDIÇÃO. CRISTIANO PEREIRA SENA [ET AL.] EDITORA LION PUBLICATION MANAUS - AM - BRASIL 2023.

ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO COMCIÊNCIAS:

[HTTPS://DOI.ORG/10.55664/2COMCIENCIAS202](https://doi.org/10.55664/2COMCIENCIAS202)

FORMATO: LIVRO DIGITAL / VEICULAÇÃO: DIGITAL



Editora Lion Publication

Editora Lion Publication e Consultorias

E-mail: editoralion07@gmail.com



@editora_lion

E-BOOK THE HEART

Subtítulo: Emergências Cardiovasculares e o Perfil dos Pacientes nas Unidades de
Terapia Intensiva Brasileira

ISBN: 978 –65-981095-0-9

DOI: <https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>

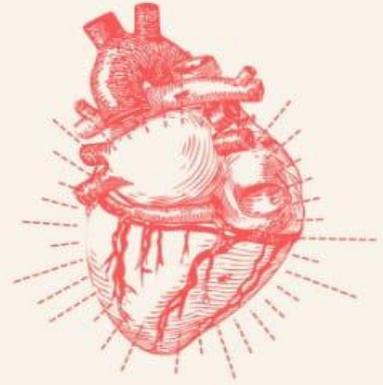
RESPONSÁVEL TÉCNICO

Cristiano Pereira Sena
Organizador Editorial

Eduarda Albuquerque Vilar
Organizadora e Chefe de Edição

THE HEART

CRISTIANO PEREIRA SENA
AUTOR PRINCIPAL DA OBRA



ORGANIZADORES

EDUARDA ALBUQUERQUE VILAR
CRISTIANO PEREIRA SENA
ANA CHRISTINA DE SOUSA BALDOINO
JEFFERSON AZEVEDO SOARES
FRANCIDALVA FERREIRA DA SILVA
ALEXANDRE MASLINKIEWICZ
MARIA FERNANDA BANDEIRA DA SILVA
JULIANA COSTA PINTO TAVARES
LARISSA DO NASCIMENTO RODRIGUES
ANDREZA KELLY DE ASSIS ALEXANDRE
GILMARA GOMES FARIAS PALHETA
DAIANE SANTIAGO DA CRUZ OLIMPIO
JOELMA MARIA DOS SANTOS DA SILVA APOLINÁRIO
RENATA SANTOS RAMALHO
ALEX MELO DE SALES

doity
PLATAFORMA DE EVENTOS

CBL
Câmara
Brasileira
do Livro



isbn 

ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:

[HTTPS://DOI.ORG/10.55664/2COMCIENCIAS2023](https://doi.org/10.55664/2COMCIENCIAS2023)

TÍTULO: O CORAÇÃO "THE HEART"

FORMATO: LIVRO DIGITAL

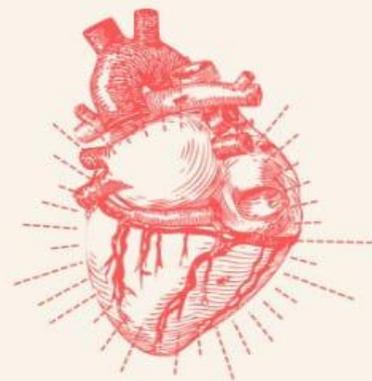
VEICULAÇÃO: DIGITAL



COMCIÊNCIAS

THE HEART

CRISTIANO PEREIRA SENA
AUTOR PRINCIPAL DA OBRA



EDITORES

EDUARDA ALBUQUERQUE VILAR
CRISTIANO PEREIRA SENA
ANA CHRISTINA DE SOUSA BALDOINO
ANA CLAUDIA RODRIGUES DA SILVA
KÁSSEM MORAES HAUACHE
JOHN GUILHERME PIRES DA SILVA
MARCELO LIMA DA SILVA
ROMÁRIO FELIX FROTA
JAQUELINE DA SILVA LEITÃO
GILMARA GOMES FARIAS PALHETA
ANDREZA KELLY DE ASSIS ALEXANDRE
JOELMA MARIA DOS SANTOS DA SILVA APOLINAR
MARIA FERNANDA BANDEIRA DA SILVA
LIDIANE SILVA DE ALBUQUERQUE
ALINE NICOLINO PIRES
CÍNTIA PEREIRA JACOMINI
WESLEY BRUCE DE VASCONCELOS CUNHA

doity
PLATAFORMA DE EVENTOS

CBL
Câmara
Brasileira
do Livro



Editora Lion Publication



isbn 

ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:

[HTTPS://DOI.ORG/10.55664/2COMCIENCIAS2023](https://doi.org/10.55664/2COMCIENCIAS2023)

TÍTULO: O CORAÇÃO "THE HEART"

FORMATO: LIVRO DIGITAL

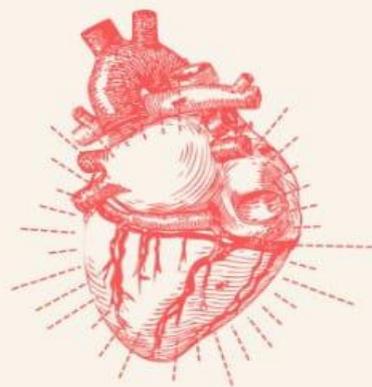
VEICULAÇÃO: DIGITAL



COMCIÊNCIAS

THE HEART

CRISTIANO PEREIRA SENA
AUTOR PRINCIPAL DA OBRA



COAUTORES

EDUARDA ALBUQUERQUE VILAR
ELANE SOUZA DE CARVALHO
ANA CHRISTINA DE SOUSA BALDOINO
JOHN GUILHERME PIRES DA SILVA
KAÍSA LINDOMARA DOS SANTOS FIGUEIREDO
KÁSSEM MORAES HAUACHE
LUCIANA LEVINTHAL DA SILVA
ANNY MICHELE YANCE DE SOUZA
FELIPE BRAGA CORRÊA
LUCAS ALMEIDA VIANA
ADAELMA DA SILVA COSTA VAZ
ROMÁRIO FELIX FROTA
MARIA ALICE GOMES DE BARROS SILVA
JAQUELINE DA SILVA LEITÃO
JOSÉ ARTHUR PRAIA BATALHA
JAMILLY VICTÓRIA OLIVEIRA BISPO
LETICIA GABRIELE DE CARVALHO CAVALCANTI DA SILVA
ANDREIA TELES FONSECA
RENATA LARISSA OLIVEIRA LINS
THAYNÁ DE SOUZA OLIVEIRA
NICOLY KAROLINE DA COSTA MENDES
MAIARA CRISTINA DA SILVA
REBECA PRISCILA SILVA DE SOUZA
ANA RAYANE DA SILVA SANTOS

doity
PLATAFORMA DE EVENTOS

CBL
Câmara
Brasileira
do Livro



Editora Lion Publication



isbn



ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
[HTTPS://DOI.ORG/10.55664/2COMCIENCIAS2023](https://doi.org/10.55664/2COMCIENCIAS2023)

TÍTULO: O CORAÇÃO "THE HEART"

FORMATO: LIVRO DIGITAL
VEICULAÇÃO: DIGITAL



COMCIÊNCIAS

SUMÁRIO

SEÇÃO DE RESUMO SIMPLES

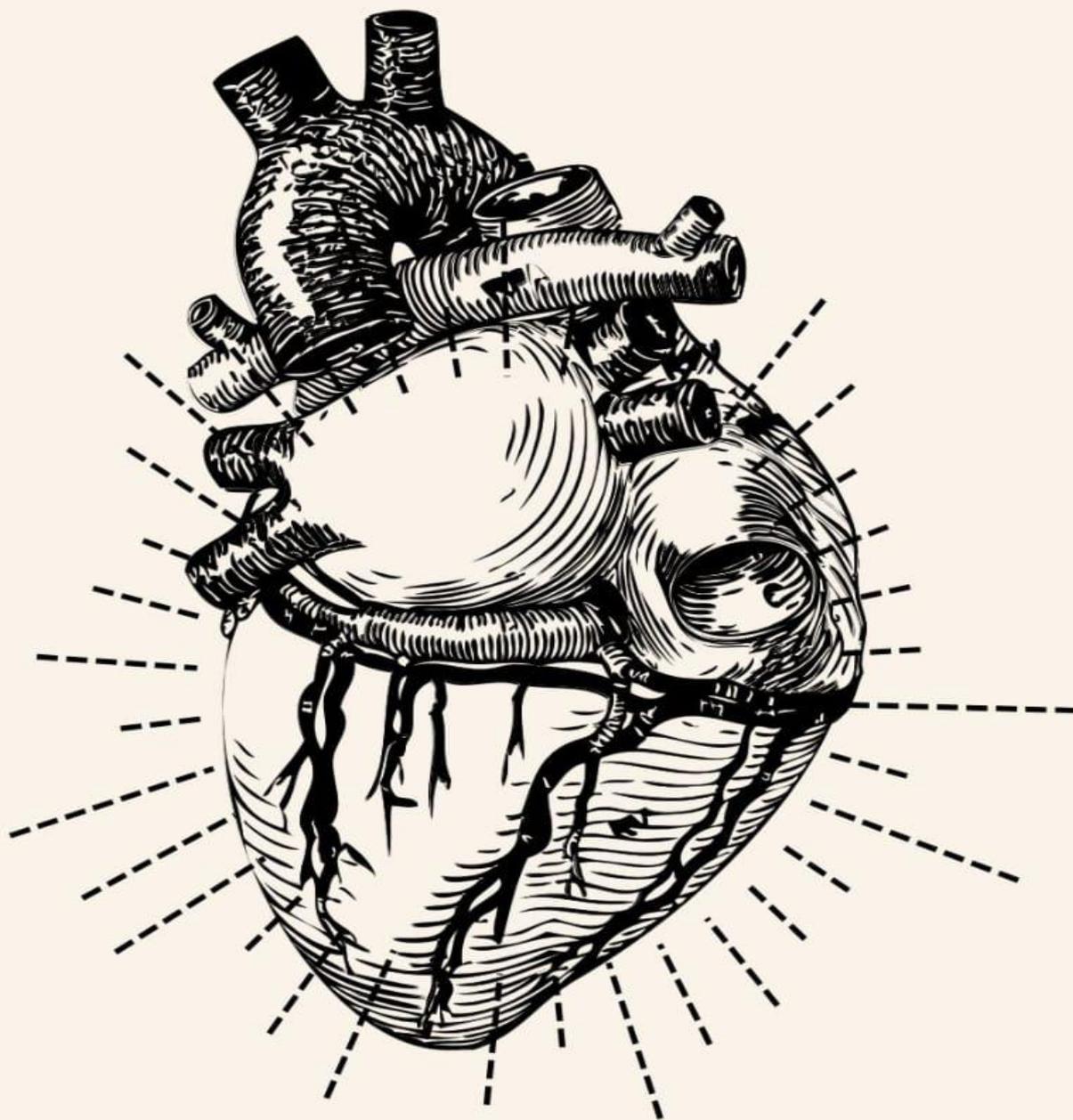
Apresentação	8
Emergências Cardiovasculares	9
Perfil dos Pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Brasileira	25
Profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar que atua na UTI	35
Considerações Finais	42

APRESENTAÇÃO

O E-Book The Heart, publicado pela Editora Lion e Consultorias em Saúde (CNPJ: 44.540.529/0001-73), almejou fomentar a pesquisa científica, com base em diferentes campos do conhecimento por meio de uma equipe multidisciplinar de pesquisadores, estudantes e profissionais, a fim de proporcionar troca de experiências e aprendizado científico.

O conteúdo do e-Book é inteira responsabilidade dos autores, que não representa a posição oficial da Editora Lion e Consultorias em Saúde, assim como a correção, revisão gramatical, erros de linguagem. O compartilhamento e download da obra é permitido desde que indicando o nome do autor e autorizado por ele.

EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES



ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
<https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>



EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES

As emergências podem ser vistas como uma situação ou problema resultante de uma doença ou lesão súbita que afeta a sobrevivência a curto prazo de um indivíduo ou pode causar incapacidade permanente grave, devendo, portanto, ser resolvida dentro de um curto período de tempo, geralmente minutos. Nesse contexto temos as emergências cardiovasculares, que é uma situação que representa uma ameaça imediata ou imediata à vida, requerendo tratamento imediato para prevenir complicações.

Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas das urgências cardiovasculares variam entre elas. No entanto, é de salientar certos sinais de alarme que nos podem indicar que algo não está bem e devemos procurar ajuda médica: tensão arterial elevada, principalmente se acompanhada de sintomas; dor no coração, acompanhada de náuseas, sensação de mal-estar e suores; alteração no estado da consciência; cansaço extremo; palpitações, principalmente se acompanhadas de cansaço e alteração no número de batimentos cardíacos; dor súbita e extrema na região torácica ou abdominal.

TIPOS DE EMERGENCIAS CARDIOVASSCULARES

Hipertensiva

Uma emergência hipertensiva é a presença simultânea de uma elevação acentuada da pressão arterial (PA) e lesão de órgãos-alvo (LOA), que podem ser aguda ou progressiva, onde os principais órgãos-alvo afetados são sistema nervoso central (SNC), coração, rins, aorta e retina. Esta condição é muito grave e potencialmente fatal e requer diagnóstico e tratamento imediatos.

Não existe um nível de pressão arterial estabelecido para definir uma emergência hipertensiva, mas a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg são frequentemente classificadas por esses valores. No atendimento de pacientes hipertensos no pronto-socorro, o mais importante é distinguir entre emergência hipertensiva e hipertensão.

Assim, no momento da avaliação é preciso considerar que a gravidade da emergência hipertensiva não é definida pelos níveis da PA e sim pelo estado clínico do paciente. O Quadro

1 mostra as diferenças na apresentação e conduta entre urgência hipertensiva e emergência hipertensiva.

Quadro 1. Diferenciação entre urgência hipertensiva e emergência hipertensiva.

	Urgências hipertensivas	Emergências hipertensivas
Níveis pressóricos	Elevação acentuada	Elevação acentuada
Lesões de órgãos-alvo em progressão	Ausente	Presente
Prognóstico	Sem risco iminente de morte	Com risco iminente de morte
Tratamento	Fármacos orais	Fármacos parenterais
Acompanhamento	Consulta ambulatorial em 7 dias	Internação em unidade de terapia intensiva

Fonte: Adaptado de Barosso, W.K.S. *et al.*, 2020.

Embolia pulmonar

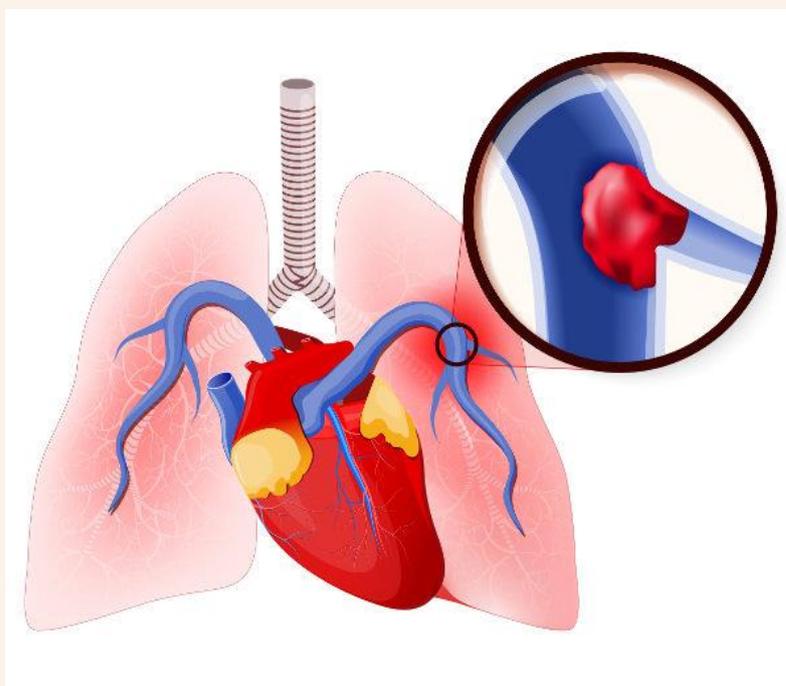
A embolia pulmonar (EP) pode ser definida como o efeito do conteúdo de trombos em qualquer parte da circulação pulmonar, ocorrendo principalmente nas veias dos membros inferiores, entre outras partes da circulação venosa. A EP combinada com trombose venosa profunda (TVP) forma uma condição clínica diversa chamada tromboembolismo venoso (TEV).

Embora a EP seja considerada a terceira síndrome cardiovascular aguda mais comum depois do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral, a EP ainda não é incluída como causa de morte (evitável) em estudos epidemiológicos globais e nacionais que relatam dados de mortalidade. Este fato é particularmente importante em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, e fortalece o papel dos programas de educação continuada para clínicos gerais. Aspectos clínicos como gravidez, câncer e surto do novo coronavírus tornam esse tema ainda mais relevante e complexo.

Fatores associados

A famosa tríade de Virchow, modelo teórico que explica o fenômeno da trombose vascular, é a base para a compreensão dos diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da EP. Isto pode ser temporário (por exemplo, pós-operatório de cirurgia ortopédica), de longo prazo (por exemplo, neoplasia ativa) ou permanente (por exemplo, síndrome do anticorpo antifosfolípide), e a compreensão da interação desses vários fatores depende do julgamento clínico.

Figura 1. Embolo estalado na passagem um vaso.



Fonte: Google Imagens.

Aterosclerose

A aterosclerose é caracterizada por placas íntimas irregulares (ateroma) que invadem o lúmen das artérias de médio e grande porte. As placas contêm lipídios, células inflamatórias, células musculares lisas e tecido conjuntivo.

A aterosclerose pode afetar todas as artérias médias e grandes, incluindo as artérias coronárias, carótidas e cerebrais; aorta e seus ramos; e a aorta das extremidades. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos e na maioria dos países desenvolvidos, geralmente a mortalidade relacionada com a idade.

Em 2019, aproximadamente 558.000 pessoas morreram de doenças cardiovasculares nos Estados Unidos. Dessas mortes quase 18 milhões foram de aterosclerose coronária e cerebrovascular, ou seja, 30% de todas. As mortes estão aumentando rapidamente nos países de baixo e médio rendimento e a incidência aumentará à medida que as pessoas viverem mais tempo, o que faz da aterosclerose é uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Os fatores de risco incluem dislipidemia, diabetes, tabagismo, histórico familiar, estilo de vida sedentário, obesidade e hipertensão. Os sintomas ocorrem quando o crescimento ou ruptura da placa reduz ou bloqueia o fluxo sanguíneo. Esses sintomas variam dependendo de qual artéria é afetada.

O diagnóstico é clínico e confirmado por angiografia, ultrassonografia ou outros métodos de imagem. O tratamento inclui modificação da dieta, estilo de vida e fatores de risco, atividade física e agentes antiplaquetários e antiaterogênicos.

Figura 2. Arterias com presença de arterosclerose.



Fonte: BSIP VEM/SCIENCE PHOTO LIBRARY.

Infarto agudo do miocárdio

O infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre quando uma das artérias do coração, a artéria coronária, é bloqueada e o fluxo sanguíneo é interrompido. As áreas do coração que perderam o suprimento de sangue correm o risco de danos permanentes. Como o coração é um órgão vital, requer atenção médica imediata para garantir um tratamento oportuno e bem-sucedido.

Os sintomas de IAM incluem principalmente dor no peito, braços e costas, náuseas, vômitos e sudorese excessiva interna, central e externa. O sangue flui nas artérias que tocam apenas as camadas internas.

Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

O termo síndrome coronariana aguda (SCA) é utilizado em situações em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda. A SCA apresenta-se em duas formas clínicas: com supradesnivelamento do segmento ST e sem supradesnivelamento do segmento ST. Essa distinção é importante para o tratamento imediato da reperfusão miocárdica com trombolíticos ou angioplastia primária.

A SCA sem supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma é dividida em angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST. Como ambos apresentam sintomas clínicos e eletrocardiográficos semelhantes, entrar em contato imediatamente com a UPA, hospital ou SAMU.

Tratamento medicamentoso de infarto agudo do miocárdio

Todos os pacientes devem receber medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes, e aqueles com dor torácica devem receber medicamentos antianginosos. O uso de medicamentos específicos depende da estratégia de reperfusão e de outros fatores. Sua seleção e uso são discutidos na seção sobre medicamentos para o tratamento de síndromes coronarianas agudas.

Outros medicamentos também podem ser prescritos, como betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e estatinas. Os pacientes com infarto agudo do miocárdio devem receber o seguinte, a menos que contraindicado:

Fármacos antiplaquetários: aspirina, clopidogrel ou ambos.

Anticoagulantes: heparina A (não fracionada ou de baixo peso molecular) ou bivalirudina inibidor da glicoproteína IIb/IIIa quando a ICP é realizada terapia antianginosa, geralmente nitroglicerina betabloqueador inibidor da ECA.

Estatina: prescrevem-se 160 a 325 mg de ácido acetilsalicílico (sem revestimento entérico) para todos os pacientes para os quais não há contraindicação, que são administrados no início das manifestações e, em seguida, prescrevem-se 81 mg, uma vez ao dia, indefinidamente.

A mastigação da primeira dose antes da deglutição acelera a absorção. O ácido acetilsalicílico reduz a taxa de mortalidade em curto e longo prazos. Em pacientes submetidos à ICP, uma dose inicial de clopidogrel (300 a 600 mg por via oral 1 vez por dia), prasugrel (60 mg por via oral em dose única) ou ticagrelor (180 mg por via oral em dose única) melhora os resultados, particularmente quando administrados com 24 h de antecedência. Para ICP urgente, prasugrel e ticagrelor têm início mais rápido e podem ser preferidos.

Angina de peito

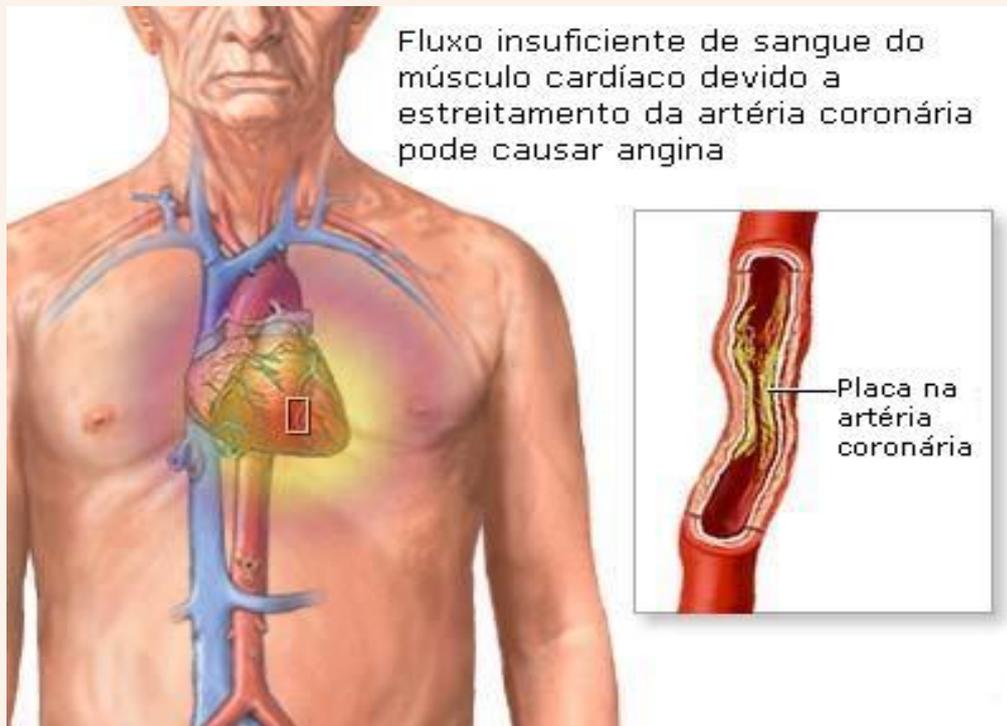
Angina de peito é uma síndrome clínica de desconforto ou pressão precordial decorrente de isquemia miocárdica transitória sem infarto. É classicamente precipitada por esforço ou estresse psicológico e aliviada por repouso ou nitroglicerina sublingual.

A angina de peito ocorre quando a carga do trabalho cardíaco e a resultante demanda de oxigênio pelo miocárdico superam a capacidade das artérias coronárias de suprir uma quantidade adequada de sangue oxigenado, esse desequilíbrio entre a oferta e a demanda pode ocorrer quando as artérias estão estenosadas.

Como a demanda miocárdica de oxigênio é determinada principalmente pela frequência cardíaca, tensão sistólica e contratilidade da parede, a obstrução da artéria coronária tipicamente desencadeia angina, que ocorre durante esforço, sendo aliviada com o repouso.

Além do esforço, a carga de trabalho cardíaca pode aumentar por doenças como hipertensão, regurgitação aórtica, estenose aórtica ou cardiomiopatia hipertrófica, nesses casos, pode haver angina com ou sem aterosclerose. Essas enfermidades também podem diminuir a perfusão miocárdica relativa pelo aumento da massa miocárdica, causando diminuição do fluxo diastólico.

Figura 3. Fluxo sanguíneo prejudicado por uma placa na artéria corário, ocasionando uma angina.

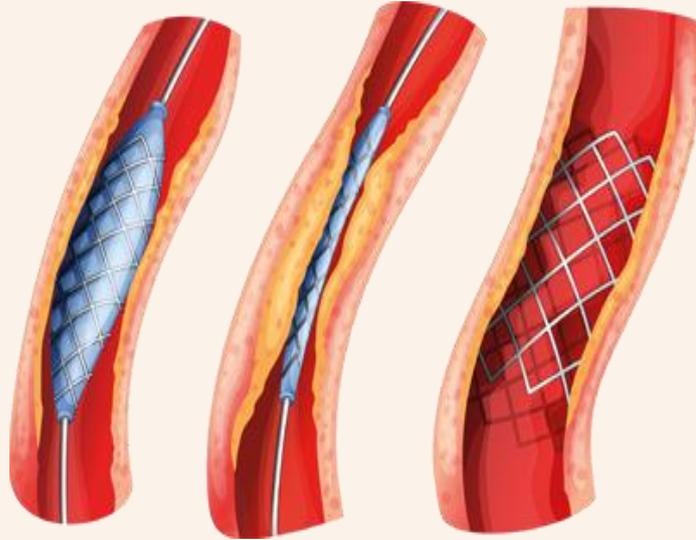


Fonte: Google imagens.

Em geral, o estreitamento resulta de aterosclerose das artérias coronárias, essa estenose das artérias coronárias também pode resultar de espasmo arterial coronariano, embolia arterial coronariana, trombose coronariana aguda, provocando a angina que por sua vez pode ser uma obstrução parcial ou transitória, mas geralmente causa infarto agudo do miocárdio (IAM). A diminuição do suprimento de oxigênio, como na anemia grave ou na hipóxia, pode precipitar ou agravar a angina.

O diagnóstico é realizado pela análise de sintomas, ECG e métodos de imagem para miocárdio. O tratamento pode incluir fármacos antiplaquetários, nitratos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

Figura 4. Implatação de um Stent.



Fonte: Google imagens.

A angina pode ser estável, instável ou atípica, na angina estável, a relação entre carga de trabalho ou demanda e isquemia é, com frequência, relativamente previsível. Já na angina instável é angina com piora clínica, como por exemplo, angina em repouso ou aumento da frequência e/ou intensidade dos episódios. E na angina atípica, observa-se sinais clínicos incomuns, por exemplo, meteorismo, flatulência, desconforto abdominal.

Fisiopatologia da angina de peito

A obstrução arterial aterosclerótica não é totalmente fixa; ela varia de acordo com as flutuações normais do tônus arterial que ocorrem em todas as pessoas. Dessa forma, um número maior de pessoas desenvolve angina pela manhã, quando o tônus arterial é relativamente elevado. Além disso, a função endotelial anormal pode contribuir para variações do tônus arterial, isto é, no endotélio lesado por ateromas, o estresse por aumento de catecolaminas provoca vasoconstrição em vez de dilatação.

À medida que o miocárdio se torna isquêmico, há queda do pH sanguíneo no seio coronariano, perda de potássio celular, acúmulo de lactato, alterações do ECG e deterioração da função ventricular, tanto sistólica como diastólica. A pressão diastólica do VE geralmente aumenta durante a angina e, às vezes, conduz à congestão pulmonar e dispneia. O mecanismo exato pelo qual a isquemia provoca desconforto não está esclarecido, mas pode envolver estimulação nervosa por metabólitos da hipóxia.

Sinais e sintomas da angina de peito

A angina pode ser vaga e pouco agradável ou tornar-se rapidamente uma sensação de opressão precordial intensa e grave. Raramente é descrita como "dor". Com mais frequência, sente-se um desconforto abaixo do esterno, embora a localização possa variar.

O desconforto pode irradiar-se para o ombro esquerdo e para baixo, na parte interna do membro superior esquerdo, mesmo até os dedos, diretamente até o dorso, para garganta, mandíbulas, dentes e, ocasionalmente, para baixo, na parte interna do membro superior direito. Também pode ser sentida na parte superior do abdome.

O desconforto da angina nunca ocorre acima das orelhas ou abaixo do umbigo. É mais provável que mulheres apresentem sintomas atípicos como queimação ou sensação dolorosa nas costas, ombros, braços ou mandíbula.

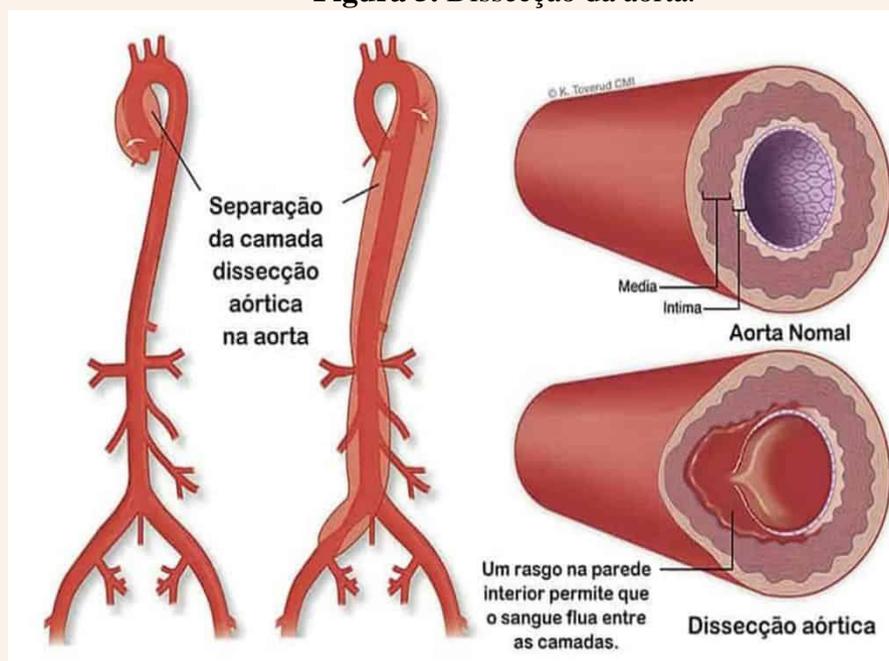
Em geral, esses pacientes atribuem os sintomas à indigestão; eructação pode até aliviar os sintomas. Outros pacientes desenvolvem dispneia decorrente de aumento reversível e agudo da pressão de enchimento do VE, que muitas vezes acompanha isquemia.

Com frequência, a descrição do paciente é imprecisa e pode ser difícil determinar se o problema é angina, dispneia ou ambas. Como os sintomas isquêmicos exigem um minuto ou mais para regredir, sensações fugazes e breves raramente representam angina.

Dessecção da aorta

A dissecção da aorta é um evento potencialmente fatal, pois pode condicionar a obstrução da artéria e das suas ramificações. A dor que provoca é muitas vezes descrita como lancinante e repentina. A ajuda médica deve ser logo procurada, para que o tratamento seja o mais precoce possível.

Figura 5. Dissecção da aorta.



Fonte: Google imagens.

Arritmias cardíacas

As opções terapêuticas para o tratamento das arritmias cardíacas dependerão da condição do coração do paciente. Elas podem envolver a terapia farmacológica ou as formas intervencionistas, como a ablação por cateter e o implante de dispositivos cardíacos eletrônicos (DCEI).

A ablação por cateter é utilizada quando o paciente não apresenta bons resultados com medicamentos, ou quando prefere um tratamento mais definitivo. Antes da cirurgia de ablação é realizado o estudo eletrofisiológico do coração. Um cateter elétrico sensível é usado para mapear o músculo cardíaco e as origens da atividade elétrica “extra” do órgão.

O mapa indica quais as áreas problemáticas dos sinais elétricos que interferem no ritmo cardíaco. Prosseguindo, o médico realiza a ablação, ou seja, a destruição do tecido para cicatrizar as áreas com problemas, que então deixarão de enviar sinais anormais. O procedimento é minimamente invasivo, geralmente bem sucedido e o coração volta a seu ritmo normal. O paciente tem um curto período de recuperação.

Outra importante intervenção recomendada por eletrofisiologistas e arritmologistas é o implante de dispositivos cardíacos eletrônicos (DCEI). Nessa categoria estão os marca-passos (MP) e os cardioversores desfibriladores implantáveis (CDI).

O marca-passo é um pequeno aparelho que ajuda o coração a bater mais regularmente, enviando pequenos estímulos elétricos para manter o ritmo constante e a velocidade adequada do coração. O marca-passo é implantado sob a pele, geralmente abaixo da clavícula e ligado ao coração através de minúsculos fios. Em alguns casos, o dispositivo é utilizado apenas em um curto período de tempo, como após um ataque cardíaco.

Figura 5. Paciente com marca passo implantado.



Fonte: Google imagens.

O cardioversor desfibrilador implantável (CDI) pode ter uma dupla função, às vezes servindo como um marca-passo para estimular o coração quando a frequência cardíaca estiver muito lenta. No entanto, a funcionalidade principal está na prevenção de parada cardíaca em pacientes de alto risco de arritmias ventriculares fatais.

Visualmente, o CDI é um dispositivo semelhante ao já conhecido marca-passo, porém atua quando o coração está em um ritmo anormal, batendo de forma caótica e muito rápida. Ao detectar a anomalia, dispara um choque elétrico para restaurar o ritmo.

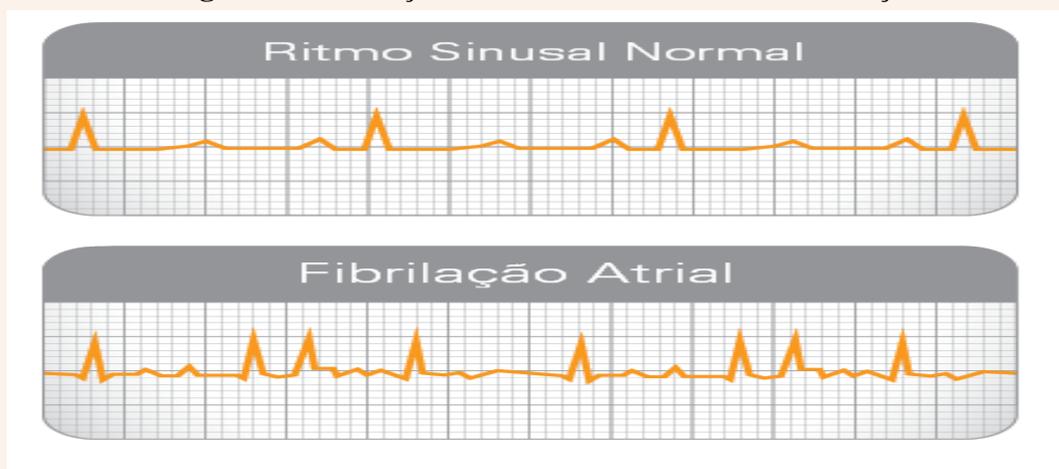
Fibrilação atrial

A Fibrilação atrial, também conhecida como AF ou Afib, é um ritmo cardíaco irregular e muitas vezes muito rápido. As pessoas com AF são cinco a sete vezes mais propensas a formar coágulos de sangue e sofrer um acidente vascular cerebral e duas a três vezes mais propensas a desenvolver AF.

A fibrilação atrial ocorre quando as câmaras superiores do coração, ou átrios, não se contraem em ritmo síncrono, em vez disso, eles tremem ou fibrilam. Isto significa que eles batem muito rapidamente e de forma irregular.

O sangue não é bombeado com eficiência para o resto do organismo, o que pode fazer você se sentir fraco ou cansado, ou experimentar sensações desconfortáveis no coração como um batimento cardíaco irregular ou acelerado. Isso pode causar sintomas como palpitações, fadiga e falta de ar.

Figura 6. Diferença entre ritmo sinusal normal e fibrilação atrial.



Fonte: Google imagens.

Sintomas

Algumas pessoas experimentam estes sintomas da fibrilação atrial:

Sensações no coração, às vezes chamadas de palpitações, que podem incluir batimentos cardíacos irregulares, solavancos ou baques

Um sentimento que o coração está acelerado

Dor ou desconforto no peito

Desmaio, tonturas ou vertigens

Fadiga, falta de ar, ou fraqueza

Outros não têm sintomas e descobrem que têm fibrilação atrial no médico. Mesmo sem sintomas, a fibrilação atrial é uma condição médica séria.

Diagnóstico

Detectar e qualificar a fibrilação atrial pode ser desafiador. Seu médico pode usar um ou mais dos seguintes testes para determinar se você tem fibrilação atrial:

Eletrocardiograma (ECG)

Teste de estresse

Dispositivos de monitoramento de longo prazo

Gravador de evento

Monitor Holter

Monitores cardíacos implantável

Fibrilação atrial

Tratamento

Tratar a fibrilação atrial é importante porque pode causar um acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca e afetar negativamente sua qualidade de vida. Felizmente, a AF pode ser tratada com medicação, cardioversão (um tipo especial de choque elétrico), procedimento de ablação por cateter ou procedimento de ablação cirúrgica.

Coronavirus e seu impacto cardiovascular

O mundo conviveu com a pandemia do novo coronavírus (Covid-19), afecção que surgiu em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Desde então observou-se que a presença de comorbidades, como obesidade, hipertensão e diabetes, coloca os pacientes sob maior risco de complicações sistêmicas e, em especial, as cardiovasculares (CV).

Deve-se estar atento, portanto, para as manifestações CV precoces naqueles pacientes portadores de doença já conhecida ou mesmo naqueles sem qualquer cardiopatia prévia. Os pacientes podem se apresentar em um cenário de emergência de três maneiras:

1. Sintomas cardiovasculares (dispneia, dor torácica, palpitações e síncope) durante a fase aguda de infecção por Covid-19 (aqui consideradas as primeiras quatro semanas).

2. Sintomas cardiovasculares durante as fases subaguda (4-12 semanas) e crônica após a infecção por Covid-19, chamadas de “síndrome da covid longa”.

3. Indivíduos assintomáticos, porém referenciados após alterações em exames complementares.

Manifestações cardiovasculares na fase aguda

As complicações cardiovasculares evidenciadas nos pacientes com Covid-19 resultam de vários mecanismos, que vão desde lesão direta pelo vírus até complicações secundárias às respostas inflamatória e trombótica desencadeadas pela infecção.

Ao longo desses dois últimos anos têm sido observadas diversas apresentações clínicas, como miocardites, arritmias, injúrias miocárdicas, síndrome de Takotsubo, podendo evoluir com insuficiência cardíaca e até choque circulatório.

O acometimento viral direto ao miocárdico induz a elevação de marcadores inflamatórios, pró-trombóticos que refletem injúrias ao miócito, dentre eles o dímero-D, a procalcitonina, a proteína C-reativa, a troponina e o NT-proBNP. Quando se discute cascata inflamatória gerada pela viremia, as altas taxas de citocinas que refletem dano miocitário se fazem presentes, entre elas a interleucina-6. A troponina I se apresentou extremamente elevada nos pacientes que evoluíram com a forma mais grave da doença, demonstrada inclusive em meta-análise.

Relação entre saúde bucal e doenças do coração

Nossa boca abriga aproximadamente 50 bilhões de bactérias, de diversos tipos, como as que provocam cáries, gengivite e periodontite. Esses microrganismos podem entrar na corrente sanguínea e ir parar no coração. Quando isso ocorre, há risco de se desenvolver a endocardite bacteriana – infecção que afeta o revestimento interno do coração.

Outra possibilidade é que essas bactérias disseminadas na corrente sanguínea provoquem o acúmulo de gordura nas paredes das artérias, reduzindo o fluxo sanguíneo. Com isso, há um risco maior de problemas como aterosclerose, arritmia, acidente vascular cerebral (AVC) e até mesmo infarto.

Pesquisas mostram que doenças periodontais, como gengivite e periodontite, podem estar ligadas a alterações cardíacas em pacientes predispostos. Estima-se que as chances do indivíduo desenvolver doenças cardiovasculares ou ter um derrame cerebral aumentam até três vezes.

Figura 7. A importância dos cuidados odontológicos na prevenção das doenças cardiovasculares.



Fonte: Google imagens.

O Conselho Federal de Odontologia – CFO, com o intuito de conscientizar a população a respeito dos problemas cardiovasculares, salienta a relação entre a saúde bucal e as doenças do coração como fator de alerta à população.

Um estudo realizado em 2019 pelo Instituto do Coração – InCor aponta que a falta de tratamento dentário adequado pode ter consequências sérias que colocam a vida do paciente em risco. Cerca de 45% das doenças cardíacas e 36% das mortes por problemas do coração têm origem dentária.

Um dos órgãos mais importantes do nosso corpo, o coração, está ligado à boca pela corrente sanguínea, por isso, quando uma doença periodontal (doenças inflamatórias que acabam afetando os tecidos de suporte e de sustentação dos dentes) ou cárie se instalam, os microrganismos responsáveis por essa condição se espalham e podem configurar uma porta aberta para que patologias sistêmicas se desenvolvam.

Destas, a aterosclerose é a mais proeminente e é a principal causa de doenças cardiovasculares (DCV). Há também a endocardite, uma infecção do revestimento interno do coração, e os acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Os principais sintomas das doenças periodontais são sangramento ao escovar e passar o fio dental, retração gengival, inchaço e vermelhidão na gengiva. Ao observar algum desses sinais é muito importante consultar um dentista para o diagnóstico e tratamento adequado.

O CFO reforça a necessidade de conscientizar a população sobre a importância de visitar um Cirurgião-Dentista regularmente e manter uma boa rotina de higienização bucal para evitar que doenças comprometam seu coração.

REFERÊNCIAS

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Dia Mundial do coração: cerca de 45 das doenças cardíacas podem ter origem dental. 2023. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/dia-mundial-do-coracao-cerca-de-45-das-doencas-cardiacas-podem-ter-origem-dental/>

Kubica, J. *et al.* Morphine delays and attenuates ticagrelor exposure and action in patients with myocardial infarction: the randomized, double-blind, placebo-controlled IMPRESSION trial. *Eur Heart J* 37(3):245–252, 2016. Disponível em: doi: 10.1093/eurheartj/ehv547

Lawton, J.S. *et al.* 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: a report of the ACC/AHA Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 79(2):e21–e129, 2022. Disponível em: doi: 10.1016/j.jacc.2021.09.006

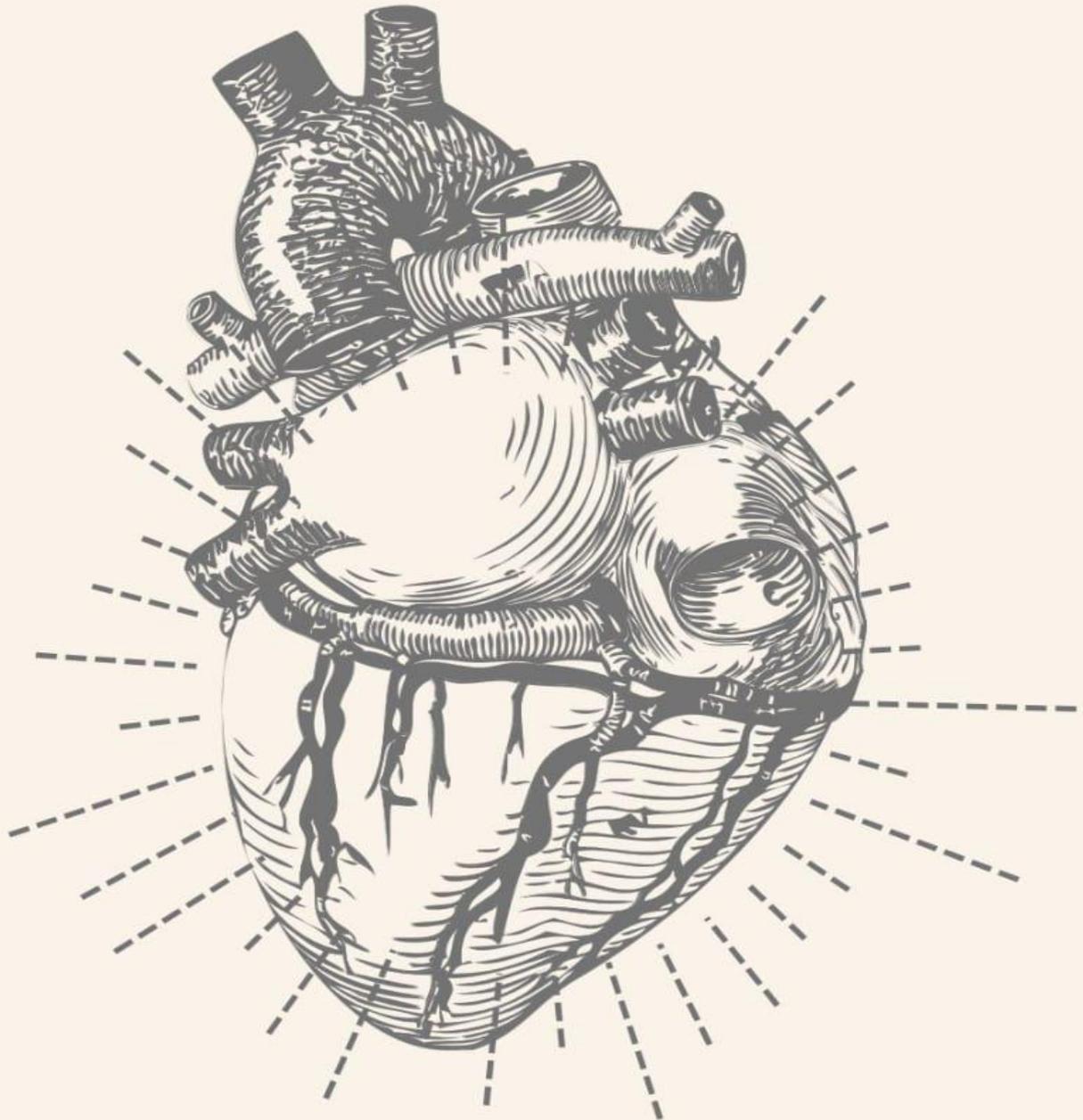
Medtronic. Fribilação Atrial. 2018. Disponível em: <https://www.medtronic.com/br-pt/your-health/conditions/atrial-fibrillation-afib.html>

Meine, T.J. *et al.* Association of intravenous morphine use and outcomes in acute coronary syndromes: results from the CRUSADE Quality Improvement Initiative. *Am Heart J* 149(6):1043–1049, 2005. Disponível em: doi 10.1016/j.ahj.2005.02.010

Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica. Entenda a relação entre saúde bucal e doenças do coração. 2021. Disponível em: <https://uniodontocampinas.com.br/blog/entenda-a-relacao-entre-saude-bucal-e-doencas-do-coracao/>

Virani, S.S. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics–2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 143(8):e254–e743, 2021. Disponível em: doi: 10.1161/CIR.0000000000000950

PERFIL DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA BRASILEIRA



ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
<https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>



PERFIL DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA BRASILEIRA

Durante a Guerra da Criméia, em meados de 1850, Florence Nightingale no seu processo empírico do cuidar, começou a separar os doentes mais graves. Este acontecimento foi primordial para o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que aconteceu nos primórdios do Século XX, chegando ao Brasil por volta da década de 70, onde foram implementadas, primeiramente, no hospital Sírio Libanês, em São Paulo, composto por apenas 10 leitos.

Uma unidade de terapia intensiva é definida como área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada, materiais específicos e o uso de tecnologias. As UTIs têm como objetivo oferta uma assistência contínua e específica a pacientes em condições críticas que necessitam intervenções de difícil execução em enfermarias comuns, como monitores cardíacos, ventiladores mecânicos e utilização de drogas vasopressoras.

A qualidade do serviço de uma UTI sofre influência direta sobre o conhecimento do perfil de sua clientela, já que a análise proporcionará um direcionamento aos gestores e profissionais acerca de decisões a serem tomadas como a aquisição de tecnologias, treinamento dos recursos humanos, a reavaliação dos processos de atenção permitindo a adaptação estrutural da unidade às características demográficas e de morbidade da população que ela recebe.

Nesse sentido a construção do perfil dos pacientes internados nas UTIs como mostra a tabela 1, é de grande importância, pois através das informações sociodemográficas e epidemiológica dos pacientes, é possível traçar estratégias para melhorar a assistência e principalmente a prevenção de complicações.

Aspectos como os tipos de agravo mais frequentes, taxa de mortalidade, tempo de internação, além de outros possibilitam a preparação da equipe para atender cada paciente de acordo com suas características específicas.

Perfil dos pacientes Adultos

Tabela 1. Características Sociodemográficas.

	Características	N (%)
Faixa etaria	20 a 30 anos	21 (16,7%)
	31 a 40 anos	16 (12,7%)
	41 a 50 anos	43 (34,1%)
	51 a 59 anos	46 (36,5%)
Estado civil	Casado	37 (29,4%)
	União estável	40 (31,7%)
	Solteiro	33 (26,2%)
	Separado	9 (7,1%)
	Divorciado	4 (3,2%)
	Viúvo	3 (3,2%)
Cidade	Interior	75 (59,5%)
	Capital	48 (38,1%)
	Outros estados	3 (2,4%)
Escolaridade	Até o Ensino Fundamental	80 (63,5%)
	A partir do Ensino Médio	46 (36,5%)
Renda familiar	Menos de 1 salário-mínimo	22 (17,5%)
	Até 2 salários-mínimo	58 (46%)
	Entre 3 até 6 salários-mínimo	41 (32,5%)
	7 ou mais salários-mínimos	5 (4%)
Reside com quem	Companheiro (a) + filhos	51 (40,5%)
	Companheiro (a)	20 (15,9%)
	Família extensa	14 (11,1%)
	Sozinho	13 (10,3%)
	Outros	28 (22,2%)
Responsável pela internação	Cardiologia	53 (42,1%)
	Geral	17(13,5%)
	Oncologia	13 (10,3%)
	Neurologia	11 (8,7%)
	Outras especialidades	32 (25,4%)
Quantidade das internações - UTI	1 vez	89 (70,6%)
	2 vezes	25 (19,8%)
	3 vezes	7 (5,6%)
	4 vezes ou mais	5 (4%)
Motivo da internação	Recuperação pós-operatória	66 (52,4%)
	Piora de sintomas de doenças agudas	30 (23,8%)
	Piora de sintomas de doenças crônicas	16 (12,7%)
	Causas externas	14 (11,1%)

Fonte: Adaptado de Cavalvanti; Pinto; Maia, 2019.

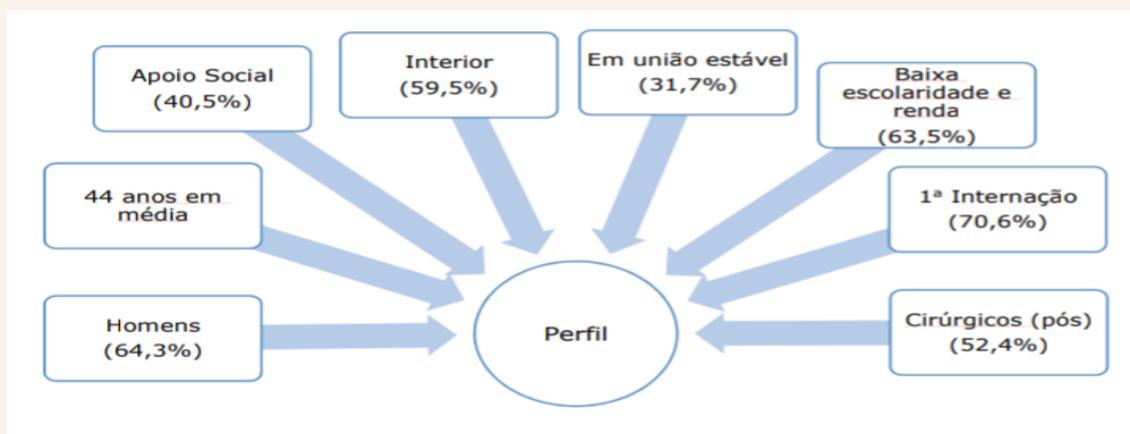
É possível destacar alguns aspectos relevantes da tabela 1, principalmente no que concerne ao fator que se relaciona com o apoio social, já que 61,1% dos respondentes relataram possuir relacionamento amoroso estável (casado ou em união estável) e, para além disso, 89,7%

dos pacientes também afirmaram possuir algum tipo de companhia em suas moradias com a maioria do percentual, podendo possibilitar, assim, um auxílio nas atividades de vida diária que solicitassem a ajuda de terceiros.

Outro destaque ainda evidente, que pode ser considerado, diz respeito à renda familiar e à escolaridade. De acordo com os dados demonstrados na tabela, a maior parte dos indivíduos (63,5%) possui uma escolaridade até o Ensino Fundamental (completo ou incompleto) e, no que concerne à renda familiar desses indivíduos, cerca de 46% dos pacientes recebiam até dois salários-mínimos. É importante ressaltar que indivíduos que responderam receber menos do que um salário-mínimo, por vezes, não possuíam renda alguma.

No que concerne aos aspectos clínicos, foi evidenciada uma grande diferença entre as clínicas médicas responsáveis pela internação dos pacientes, em que a Cardiologia aparece com 42,1%, correspondendo a quase metade do número total de pacientes. Além disso, na característica referente ao motivo de internação na Unidade de Terapia Intensiva, a recuperação pós-operatória apareceu com 52,4%, sendo, de fato, a maioria da realidade dos pacientes internados nessa unidade.

Figura 1. Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Pacientes.



Fonte: Adaptado de Cavalvanti; Pinto; Maia, 2019.

A partir dessa figura 1, é possível desenvolver um perfil dos pacientes internados nas UTIs, demonstrando, assim, uma forma de sistematizar o cuidado realizado ao usuário do SUS, esses dados são relevantes na medida em que esses cuidados revelaram dimensão da atenção especializada em saúde em nível terciário.

Por meio da caracterização da população internada, pode-se estabelecer um processo de reflexão acerca das informações que foram levantadas, e o conhecimento dessas características

pode fornecer elementos, favorecendo, por exemplo, o diagnóstico, possíveis planejamentos da atenção de saúde e da assistência prestada.

Desse modo, foi possível evidenciar o percentual de pacientes que se encontravam internados em decorrência de recuperação pós-operatória no ambiente da UTI, corroborando a ideia de melhoria dos serviços de saneamento básico no Brasil, que promoveu a queda do número de pessoas com doenças infecciosas e transmissíveis, havendo uma mudança no perfil dos doentes que se internam, havendo nesse caso aumento do número de doentes crônicos ou ligados às causas externas, como acidentes de trânsito e violência.

Pacientes vítimas de doenças agudas e com evolução desfavorável são tratados com maior agressividade e precocidade, o que oportuniza um desfecho favorável. A insuficiência respiratória e a instabilidade hemodinâmica representaram os principais motivos de admissão, como as causas mais frequentes de admissão em UTIs.

As comorbidades estiveram associadas à maioria das admissões também em outros estudos. A presença de comorbidades pode ser entendida como reflexo da idade elevada ou da maior susceptibilidade da população com tais doenças em desenvolver complicações graves.

Perfil dos pacientes pediátricos

As unidades de terapia intensiva pediátrica surgiram há cerca de 50 anos, mas só a partir da década de 1980, com os avanços técnicos, terapêuticos e científicos, passou a expandir-se, com a implantação de unidades específicas para tratamento de crianças em estado crítico de saúde em várias partes do mundo, inclusive no Brasil (Mendonça, 2019).

As doenças respiratórias constituem atualmente as causas mais prevalentes de internação na UTIP em diferentes regiões do Brasil. As infecções respiratórias agudas (IRAs) são as maiores causas de morbidades e mortalidade nos pacientes pediátricos. As infecções respiratórias mais frequentes são pneumonia e bronquiolite. Outras doenças como sepse e choque, seguidas por crises convulsivas e doenças cardíacas também estão presentes nas UTIP. Outras causas de internação nessa unidade são intoxicações, traumas, processos infecciosos e parasitários (Silva, 2018).

Considerando, que uma UTIP visa prover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas quando instáveis e necessitando de pessoal ou equipamento especializado, é

necessário conhecer a clientela atendida com o intuito de qualificar e adequar o atendimento (MAURICIO et al, 2022).

Para as crianças, a internação hospitalar, além da exposição a procedimentos invasivos e de afastá-la de sua casa, escola, amigos e familiares, interfere diretamente em seu desenvolvimento. As crianças são mais sensíveis ao processo de hospitalização, precisam se adaptar rapidamente às mudanças em seu cotidiano, tendo que lidar com pessoas estranhas com as quais não tem intimidade, em um lugar hostil e que impõe uma rotina rígida (COUTINHO; LIMA; BASTOS, 2016).

Logo, o ambiente hospitalar é entendido pela criança como um local potencialmente ameaçador e perigoso, pois lá são realizados procedimentos invasivos e dolorosos. A internação hospitalar na infância pode ser potencialmente traumática, pois promove o afastamento dos entes queridos, dos brinquedos e das brincadeiras além do isolamento da criança e da separação de seu ambiente habitual. Com isso a criança que já se encontra bastante fragilizada pela doença, precisa encontrar meios para externar seus sentimentos, de forma a minimizar seus medos e angústias (SOSSELA; SAGER, 2017).

Segundo Mendonça et al (2019), em 2010, ocorreram 1.915 internações em UTIP da rede do SUS do estado de Pernambuco, correspondendo a uma média mensal de 160 admissões. A faixa etária de 1-4 anos apresentou a maior proporção de internações, seguida pelo grupo de menores de um ano. Nessas duas faixas, ocorreram 58,4% das internações em UTIP, com uma média mensal de 52 e 41 admissões, respectivamente. Para as faixas etárias de 5-9 anos e ≥ 10 anos, a média mensal de internações foi de 34 e 32 admissões. O tempo médio de permanência nas UTIP para o total das internações foi de 14,4 dias, variando entre 18,7 dias, em menores de um ano, e 11,7 dias, no grupo ≥ 10 anos.

A regionalização da atenção terciária, mais especificamente da terapia intensiva pediátrica, necessita de uma avaliação, por parte do estado, para que possam assegurar ao paciente acesso ao cuidado contínuo, pois o atendimento digno e de qualidade (SILVA, 2017).

Sistema de regulação das internações

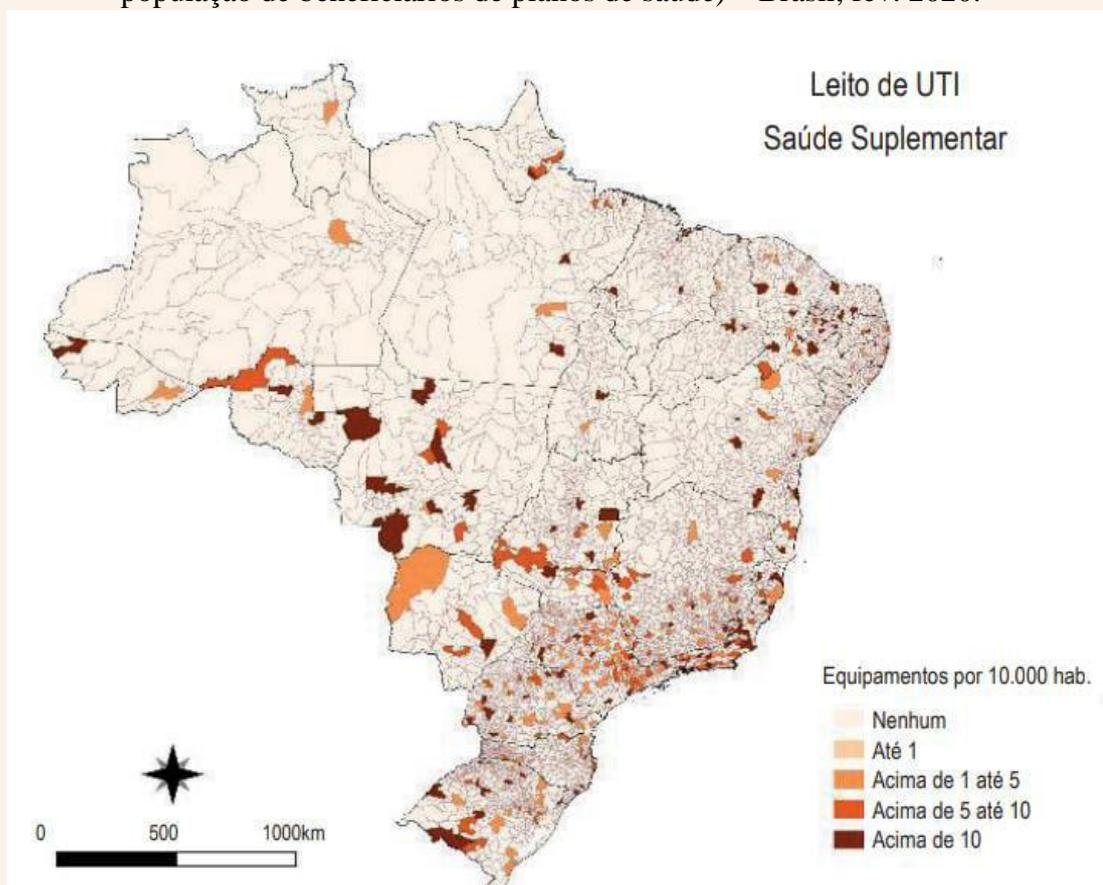
O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Entretanto, demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa seguem em descompasso com o crescimento da oferta de serviços, aumentando os desafios para que a

equidade seja concretizada na área da assistência intensiva, uma vez que o acesso a mesma é tão importante quanto o acesso à atenção básica para a garantia dos direitos constitucionais do SUS.

Essas falhas justificam-se por meio insuficiência de recursos, seja ele estrutural, material ou de pessoal, resultando em sobre carga do sistema. Contudo, para que os pacientes possam ter o atendimento adequado a seu quadro clínico, mesmo diante destas circunstâncias, faz-se a intervenção de sistema de regulação assistencial. Esse sistema de regulação é estabelecido com o objetivo de disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

A Central de Regulação de Internações Hospitalares é responsável por regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde do SUS, entre os quais aqueles destinados as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Estima-se uma necessidade média de 4% a 10% do total de leitos hospitalares, o equivalente de um a três leitos de UTI para cada 10 mil habitantes.

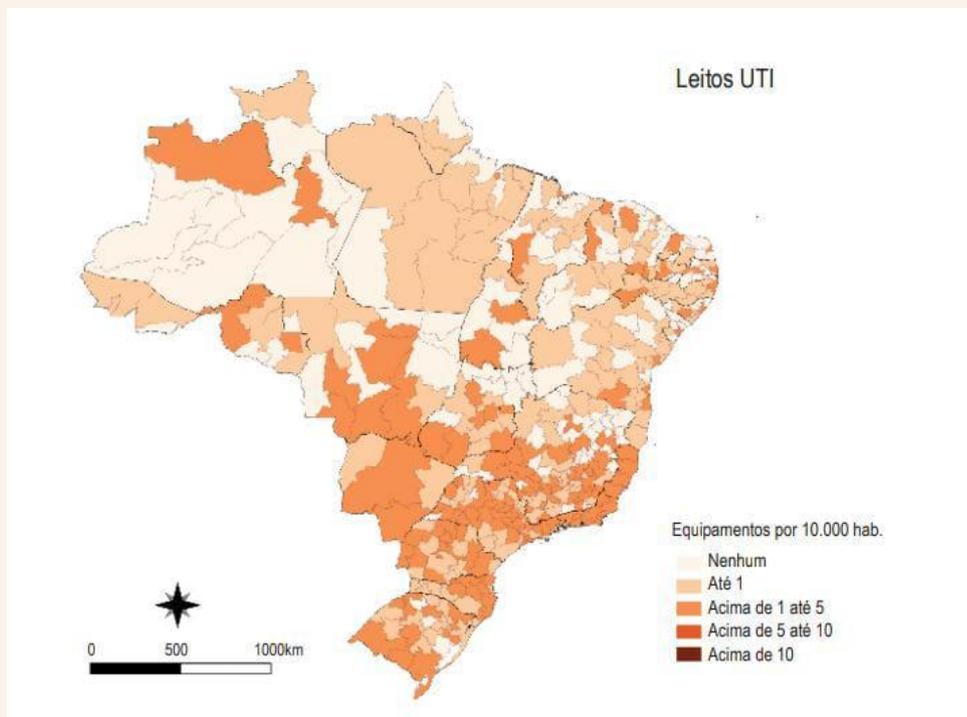
Figura 2. Leitos de UTI por 10 mil habitantes: taxas globais (equipamentos disponíveis no SUS e na Saúde Suplementar em relação à população total), no SUS (em referência à população exclusivamente dependente do SUS) e na Saúde Suplementar (em referência à população de beneficiários de planos de saúde) – Brasil, fev. 2020.

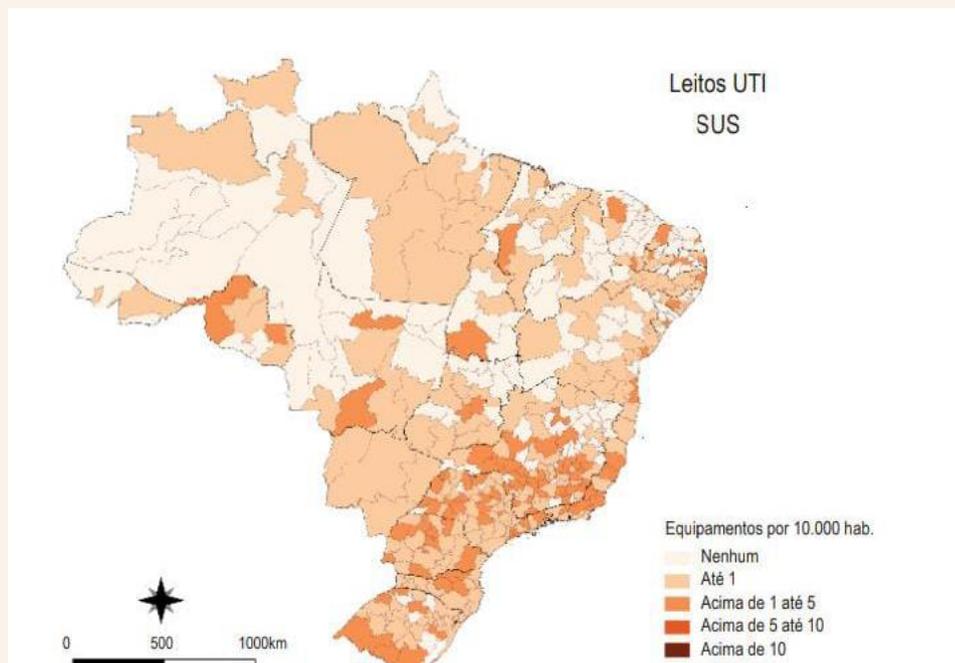


Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil.

Esse processo de regulação deve ocorrer de maneira efetivada por meio de complexos reguladores, estruturas que operacionalizam as ações da regulação do acesso e integram a relação entre os vários serviços, ambulatoriais ou hospitalares, qualificando e hierarquizando o fluxo de pacientes, garantindo acesso qualificado conforme o nível de complexidade requerido.

Figura 3. Leitos de UTI por 10 mil habitantes nas regiões de Saúde: taxas globais (equipamentos disponíveis no SUS e na Saúde Suplementar em relação à população total), no SUS (em referência à população exclusivamente dependente do SUS) e na Saúde Suplementar (em referência à população de beneficiários de planos de saúde) – Brasil, fev. 2020.





Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil.

Um estudo brasileiro revelou a existência de 1,3 leitos por 10 mil habitantes, sendo que o Brasil tem 25.367 leitos, distribuídos por 2.342 UTIs em 403 municípios. Entre os estados com a melhor relação encontra-se o Distrito Federal (DF) com 2,4 leitos/10.000 habitantes.

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). III Censo Brasileiro de UTIs. 2009. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>

Cavalcanti, A. do N., Pinto, K. D. C., & Maia, E. M. C. (2019). Perfil de Pacientes Adultos em Unidades de Terapia Intensiva do Nordeste Brasileiro. *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, 4(2), 1113–1125. <https://doi.org/10.28998/rpss.v4i2.6455>

Costa SP, Sacheti L, Cassemiro M, Pietro P. Enfermeiro no âmbito da gerência na Unidade de Terapia Intensiva: Uma revisão integrativa. *Rev. Gest. Saúde*. 2019;21(1):23-33. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file4405c537048815a91dce3798ca8d53c4.pdf>

COUTINHO, M. O.; LIMA, I. C.; BASTOS, R. A. Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. *ABCS Health Sci*. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcschs.v41i3.906>.

MAURICIO, C. C. R. et al. Perfil dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva não-COVID. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/693>.

Melo ACL, Meneguetti MG, Laus AM. Profile of patient in intensive care: considerations for the nursing team. *J Nurs UFPE on line*. 2014 Sept; 8(7):3142-8. Doi: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201424

MENDONÇA, J. G. et al. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02152017>.

Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria no 3432/GM 12 de Agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [cited 2018 Apr 29]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Parâmetros assistenciais do SUS. Portaria n° 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília, DF; 2002.

Nascimento MSM, Nunes EM, Medeiro RC, Souza WIM, Filho LFS, Alves ESRC. Perfil epidemiológico de pacientes em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital regional paraibano. *Temas em Saúde*. 2018;18(1): 247-65. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18113.pdf>

Perão OF, Bub MBC, Zandonadi GC, Martins MA. Sociodemographic and epidemiological characteristic of patients in an adult intensive care unit. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 25:e7736. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.7736>

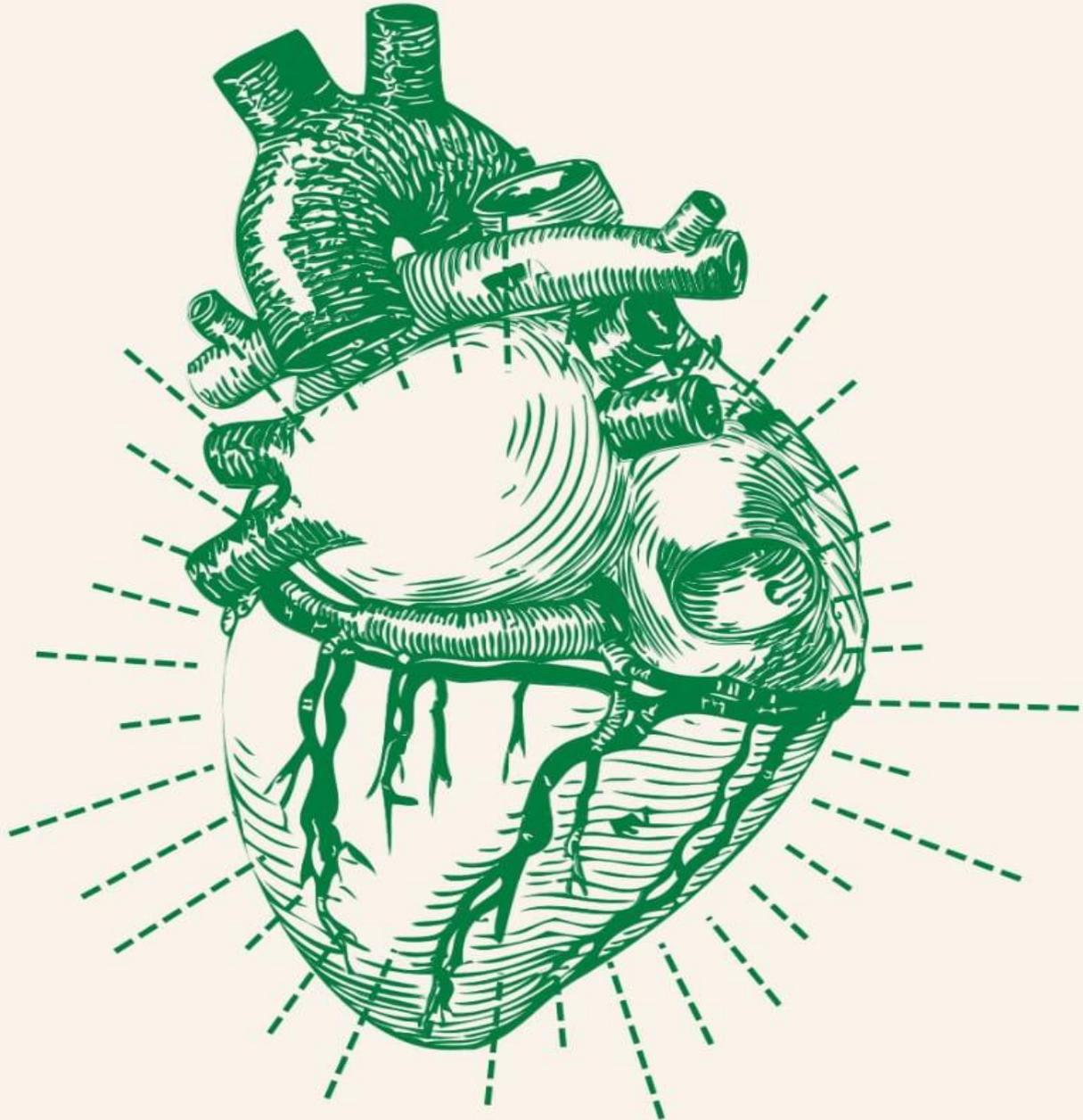
Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):210-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>

Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia e saúde*. 7th ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2019

SILVA, J. T. A articulação entre os níveis de atenção no âmbito do sistema único de saúde pela garantia da continuidade do cuidado: um estudo sobre o Projeto Alta Compartilhada no Hospital Dr. José Pedro Bezerra. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36349>.

SILVA, V. B. Trauma pediátrico grave: análise da prevalência em hospital terciário do Distrito Federal, período de 2013 a 2015. 2017. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

**PROFISSIONAIS QUE FAZEM PARTE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NA UTI**



ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
<https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>



COMCIÊNCIAS



Editora Lion Publication

PROFISSIONAIS QUE FAZEM PARTE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NA UTI

A equipe que atua nessa unidade hospitalar deve ter preparo técnico para realizar a assistência, além de conhecimentos teóricos para formular intervenções terapêuticas, com métodos multidisciplinares para o manejo de pacientes admitidos na unidade, sendo assim, o cuidado na unidade de terapia intensiva é realizado por uma equipe permanente de médicos e da enfermagem, além de outros profissionais da saúde.

Os profissionais de saúde que atuam na UTI podem prever a necessidade do uso de determinados insumos, por exemplo, de acordo com o perfil do paciente que estatisticamente mais se interna em seus serviços de saúde, evidenciando a importância da realização de pesquisas de cunho científico-prático nos ambientes de saúde, uma vez que, por meio desse apanhado, é possível realizar melhorias.

Membros da equipe

Médico intensivista: A formação deste profissional de saúde, cuja única responsabilidade é atender pacientes internados em unidades de terapia intensiva e pronto-socorro. É quem monitora as funções orgânicas e percebe alterações em fases iniciais de determinadas doenças.

O médico intensivista possui ampla experiência clínica e cirúrgica para diagnosticar, tratar e realizar procedimentos de emergência complexos, sendo esta especialidade definida como medicina intensiva, reconhecida mundialmente por meio de certificação de especialidade. Cabe a esses especialistas desenvolver e tratar diariamente os pacientes internados no hospital no que diz respeito a aspectos como nutrição, cardiologia, pulmonar, neurologia etc. Normalmente é responsável pela gestão e responsabilidade da unidade de terapia intensiva.

Farmacêutico Intensivista: A atuação do farmacêutico clínico de reanimação na assistência ao paciente e na qualificação em segurança faz com que ele seja corresponsável pelo processo de atendimento ao paciente com uma equipe multidisciplinar, garantindo o uso racional e seguro dos medicamentos e a prevenção de efeitos colaterais.

Por esse motivo, as normas exigem que os farmacêuticos intensivistas tenham uma carga de trabalho em tempo integral dedicada ao cuidado de pacientes gravemente enfermos na UTI. Portanto, esses profissionais não podem compartilhar com outras pessoas suas ações realizadas em farmácias, hospitais ou secretarias de saúde.

Enfermeiro intensivista: Os enfermeiros Intensivista são capazes de cuidar de pacientes complexos e com grave dependência do leito, como membro de uma equipe multidisciplinar, é um especialista que planeja todos os tratamentos a serem realizados pela equipe de enfermagem por meio da sistematização do tratamento, incluindo diagnósticos de enfermagem e prescrições de tratamento, supervisiona uma equipe de enfermagem composta por técnicos e coordena as ações do departamento em relação à higiene, manejo de medicamentos e prescrição em sua função de atenção primária. É um especialista que está presente 24 horas por dia para atender pacientes graves e é especialista de referência para outros especialistas na detecção de anomalias e deterioração clínica dos pacientes.

Cirurgião-Dentista: Atua no controle de biofilme de superfícies da cavidade oral, dentes e mucosas, prevenindo Pneumonia Nosocomial ou Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Remove e controla focos de infecção bucais, como dentes com grande comprometimento sem possibilidade de reabilitação os quais podem ser porta de entrada e disseminação de infecções com repercussões sistêmicas. infecções virais e fúngicas da região bucal, incluindo herpes e candidíase. Gerenciamento de condições bucais resultantes de intervenções de saúde, como lesões traumáticas relacionadas a dispositivos, lesões de tecidos moles e duros da região orofacial.

Fonoaudiólogo intensivista: O fonoaudiólogo hospitalar atua de forma multimodal ou interdisciplinar na equipe de saúde, caracteriza-se pelos objetivos de prevenção, diagnóstico funcional e reabilitação propriamente dita. O objetivo é reduzir e prevenir complicações como pneumonia aspirativa e restaurar a nutrição e a comunicação oral, onde a atuação do fonoaudiólogo na UTI tem como objetivos primários avaliação, manejo e reabilitação.

A avaliação começa com uma história médica completa e a própria avaliação progride para distúrbios de linguagem, ou seja, linguagem, deglutição, voz e/ou fala, como a disfagia. A avaliação clínica da deglutição do paciente é realizada sempre monitorando o mesmo, quando o quadro clínico deste, encontra-se estável.

Fisioterapeuta intensivista: A fisioterapia em pacientes graves é importante para manter e prevenir diversos aspectos fisiológicos, pois os pacientes apresentam dependência total ou parcial que pode culminar na chamada síndrome da imobilidade. No caso da síndrome, observa-se redução da atrofia muscular, perda de peso, contrações tendíneas e deformidades posturais, que podem levar a contraturas permanentes e às chamadas escaras lombares. O suporte ventilatório é outro requisito básico fornecido pelos fisioterapeutas que realizam a

higiene brônquica de rotina utilizando técnicas especializadas e controle do ventilador mecânico.

Terapeuta Ocupacional intensivista: As suas atividades incluem medidas de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção e reabilitação de pacientes para prevenir incapacidades, deficiências funcionais, traumas físicos e/ou psicossociais e emocionais e para melhorar o desempenho individual no trabalho e a qualidade de vida.

Nutricionista: Realiza diagnósticos e prescrições nutricionais, avaliando e mantendo diariamente uma ingestão equilibrada de calorias, proteínas, açúcar no sangue e vitaminas, que são importantes para manter as funções e atividades vitais do corpo.

Psicólogo intensivista: Todos os aspectos emocionais dos pacientes, familiares e equipe são continuamente avaliados e acompanhados por meio de psicologia intensiva. Durante a visita familiar, pretendemos criar a adaptação e o apoio terapêutico necessários, juntamente com um sentido de humanidade através de um sentido básico de presença. Que objetiva estabelecer além da humanização a aproximação e apoio terapêutico necessário.

Assistente social: Apoiar famílias e pacientes em situações externas ou internas que possam representar desafios não relacionados com o progresso direto do tratamento, seja no contexto familiar, profissional ou pessoal.

Técnico em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: A atuação do técnico de enfermagem na UTI é essencial para a prestação de cuidados adequados e humanizados aos pacientes graves e com necessidades complexas. Essas necessidades podem ser atendidas por meio de cuidados baseados no conhecimento e de protocolos específicos para o tratamento de pacientes gravemente enfermos.

Além de auxiliar no plano de ação de enfermagem ao paciente crítico, auxilia no planejamento e implementação de medidas preventivas e de redução de riscos, realiza o planejamento do tratamento de acordo com as necessidades, protocolos institucionais e metas internacionais e orienta familiares e amigos sobre o cotidiano na terapia intensiva.

No setor assistencial coleta dados de saúde e eventos adversos, inspeciona os equipamentos e materiais que compõem o ambiente de uso do paciente conforme procedimentos setoriais e checklists institucionais, auxilia na avaliação dos indicadores de qualidade, sugerindo medidas de melhoria, e auxilia na avaliação dos indicadores de qualidade quando necessário. com agravamento. Sobre a situação clínica do paciente.

Humanização no cuidado

Pensar no cenário de uma unidade de terapia intensiva repleta de tecnologia agressiva sempre levanta preocupações humanitárias. De modo geral, as discussões sobre práticas desumanas no cuidado estão relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias avançadas dominadas por máquinas e aos dados objetivos que elas revelam, e suas implicações na convivência humana, que têm implicações nos procedimentos relacionados ao cuidado direto dos usuários. e subjetividade relacionada às relações humanas.

Dessa forma, a relação entre a pessoa cuidada e o cuidador é vista como complementar, negligente ou até mesmo inexistente. Além disso, à medida que os tratamentos nesta área se tornam mais complexos, é cada vez mais necessário apoio científico e técnico, e é importante notar que a formação profissional ainda se baseia no atual modelo biológico reducionista da medicina.

Este modelo dá forte ênfase à cura do corpo biológico, priorizando a doença em detrimento do doente, e promove a educação dos profissionais de saúde que não valorizam a ajuda, centrando-se no binário saúde-doença, que considera aspectos mentais e físicos indivisível para restaurar o equilíbrio.

O cuidado ofertado por estes profissionais deve estar de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), em que é definido como propiciador do exercício ativo de autonomia do sujeito enfermo. Utiliza-se, assim, a premissa de um cuidado humanizado, em que é proposta a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nesse processo de saúde-doença, reconhecendo as potencialidades e demandas de cada um.

No ambiente de reanimação a ajuda é prestada com base na evolução do paciente e no conhecimento científico dos profissionais de saúde. A maior parte dos dados que constituem o estado de saúde são fornecidos através de dispositivos tecnológicos como ferramentas de gestão que facilitam atividades que apenas os dispositivos tecnológicos suportam.

O tipo de tratamento neste cenário reflete a forma como a ajuda profissional é prestada na última década, o conceito de assistência humanitária tem sido repetido em publicações de saúde como um conjunto de medidas para atendimento ao paciente, bem como em documentos do Ministério da Saúde, do Departamento de Estado e dos ministérios da saúde dos governos locais. É de natureza polissêmica, pois se refere a movimentos, conceitos, ações e modos de pensar de diversas origens históricas, sujeitos a diversas formas de interpretação.

A princípio, a Política Nacional de Humanização (PNH) visa desenvolver o diálogo entre as pessoas envolvidas nos processos de produção de saúde, promover a governação participativa e promover práticas de resolução de problemas. Portanto, com a ajuda destas políticas, reafirmam-se estes princípios, e além do controle e da democratização institucional das relações de poder, reafirmam-se as dimensões éticas, estéticas e políticas associadas ao direito de proteger e proteger a vida em geral.

Os equipamentos técnicos nas unidades de terapia intensiva tornam-se, portanto, um recurso natural que gera efeitos benéficos na construção do cuidado. Porém, à medida que aumenta a dependência entre equipamentos, especialistas remotos e especialistas que recebem informações dos pacientes, fica difícil compreender os dados subjetivos do tratamento e as necessidades integradas do usuário, levando à incapacidade de praticar a inconsciência/sedação cuidado humanitário.

Cabe aos especialistas utilizar essas técnicas de forma harmoniosa, dado que as pessoas inconscientes ainda são humanas, esses recursos impossibilitam o atendimento interativo ao paciente. A criação de um ambiente de cuidado que alicerce os indivíduos como seres únicos e socialmente construídos, especialmente em ambientes de terapia intensiva, depende diretamente da capacidade dos profissionais de compreender os indivíduos como tais. Como as pessoas vivem o sentido das suas vidas através do cuidado, o cuidado é entendido como um ideal ético que confere às pessoas o estatuto de humanidade.

REFERÊNCIAS

Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em UTI: uma reflexão bibliográfica. *Rev Enferm UFMG*. 2011; 1(1):124-132

Freitas FDS, Silva RN, Araújo FP, Ferreira MA. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(4):654-660.

Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. *Ciênc e Saúde Colet*. 2010; 15(1):255-268.

Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enf*. 2010; 63(1):141-4.

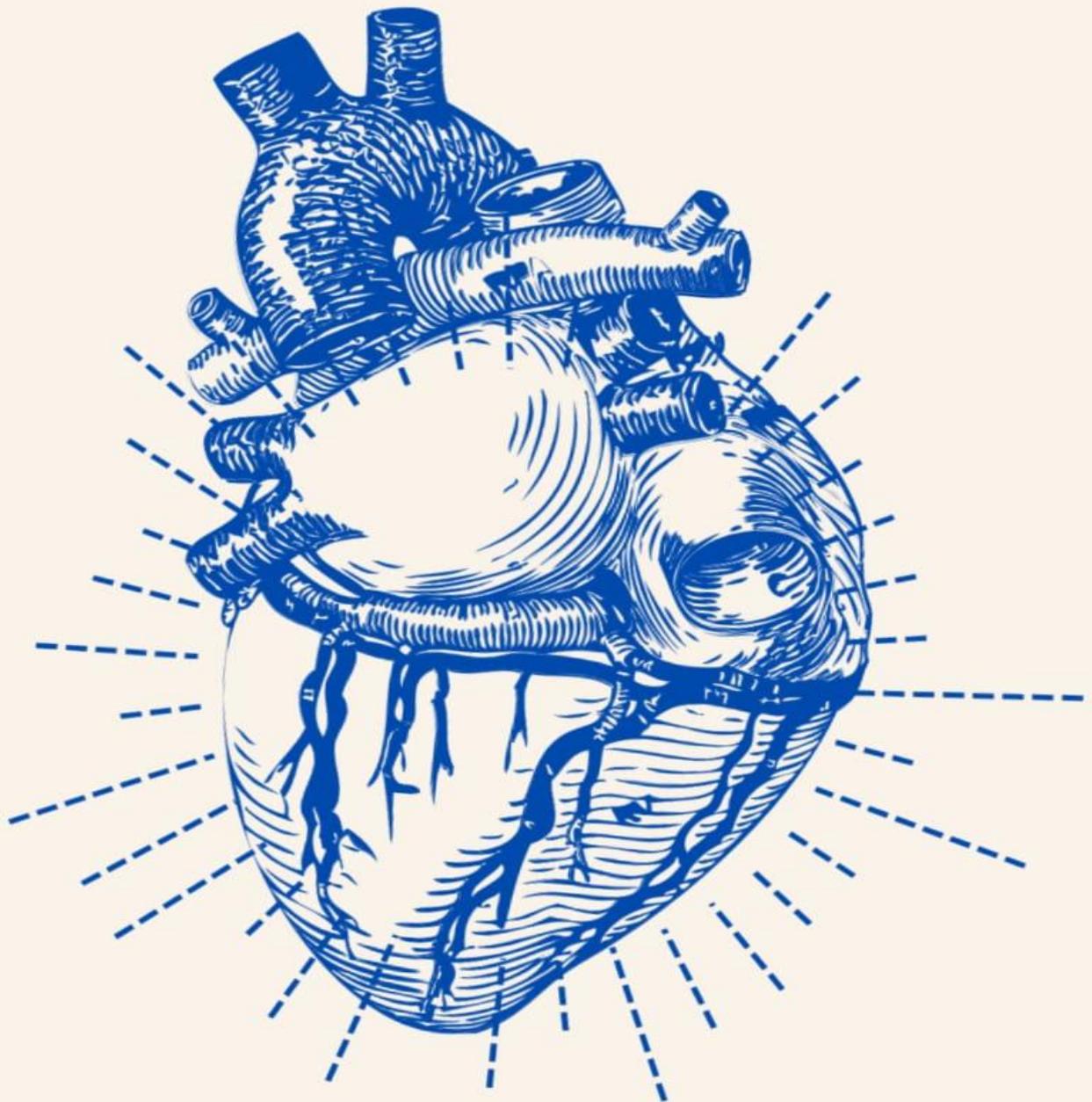
Puggina ACG, Iene A, Carbonari K, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery*. 2014; 18(1):277-283.

Sanches, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery* [online]. 2016, v. 20, n. 1, pp. 48-54. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>>. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>.

Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discurso do Enfermeiro sobre humanização na UTI Discurso do Enfermeiro sobre humanização na UTI. *Esc Anna Nery* (impr.). 2012; 16(4):719-727.

Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. *Texto e Contexto Enferm*. 2014; 23(2):328-337.

Considerações Finais



ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
<https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>



COMCIÊNCIAS



Editora Lion Publication

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado no texto, a UTI é para casos mais especiais. Portanto, geralmente são mais fáceis de encontrar em hospitais de médio e grande porte. Além disso, as unidades de terapia intensiva são frequentemente utilizadas para pacientes em condições clínicas críticas e instáveis. Por exemplo, geralmente são necessários suporte respiratório e altas doses de medicamentos.

Além das UTI's temos os centros de terapia intensiva (CTI) oferece monitoramento intensivo sem patologia específica. Assim, combina pacientes com casos graves que requerem monitoramento contínuo com uma extensa equipe de médicos especialistas. Embora a patologia dos pacientes da unidade de terapia intensiva não seja específica, ela compartilha a mesma estrutura da unidade de terapia intensiva, incluindo equipamentos e equipes multidisciplinares.

Há também uma unidade de terapia semi-intensiva para casos menos graves que necessitam de observação e monitoramento, mas estão em processo de estabilização ou cujo quadro não é muito grave.

A rotina da UTI nunca para, portanto, os profissionais de saúde devem estar disponíveis 24 horas por dia e prontos para prestar medidas de suporte avançado de vida. É necessário prestar atenção aos sinais e sintomas de deterioração para saber o melhor curso de ação e manter o paciente em condições estáveis.

Existem também muitos casos em que você deve agir de forma rápida e decisiva, os cuidados intensivos variam, mas o monitoramento dos sinais e sintomas, a avaliação e tratamento da dor e a avaliação nutricional e psicológica são os mais importantes. Fica claro, portanto, que as unidades de terapia intensiva prestam cuidados integrais que são essenciais para a melhoria do paciente.

Muito obrigado !!!



AGRADEÇO A DEUS E A TODOS QUE PARTICIPARAM DESTES LIVRO E CONFIARAM NO SUCESSO DESTES BELOS PROJETOS.

**COAUTORES
ORGANIZADORES
EDITORES
EDITORA LION PUBLICATION**

DEDICO ESTA PRODUÇÃO A COMUNIDADE ACADÊMICA E EM GERAL, LEVANDO UMA LINGUAGEM DE FÁCIL COMPREENSÃO E DE ENTENDIMENTO LEVE!

ISBN: 978-65-981095-0-9

DÓI GERAL DO EVENTO:
<https://doi.org/10.55664/2comciencias2023>



COMCIÊNCIAS



Editora Lion Publication