

TERAPIA INTENSIVA

UM ELO ENTRE PREPARO TÉCNICO, FÍSICO E EMOCIONAL

Organização

Bárbara Queiroz de Figueiredo

Júlia Fernandes Nogueira

Ana Paula Ferreira Araújo

Talita Marques da Silva

Alanna Simão Gomes



TERAPIA INTENSIVA

UM ELO ENTRE PREPARO TÉCNICO, FÍSICO E EMOCIONAL

Organização

Bárbara Queiroz de Figueiredo

Júlia Fernandes Nogueira

Ana Paula Ferreira Araújo

Talita Marques da Silva

Alanna Simão Gomes





2022 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Terapia intensiva: um elo entre preparo técnico, físico e emocional está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-034-1

DOI: 10.51859/amplla.tie341.1122-0

Editora Ampla

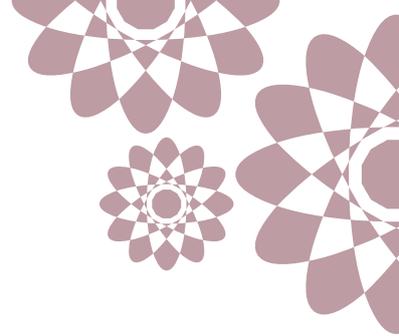
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br



2022

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará



Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas
Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia
Michele Antunes – Universidade Feevale
Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande





2022 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Terapia intensiva [livro eletrônico]: um elo entre preparo técnico, físico e emocional / organização Bárbara Queiroz de Figueiredo...[et al.]. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2022.
97 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-034-1

1. Tratamento intensivo. 2. Humanização da assistência à saúde. 3. UTI. I. Figueiredo, Bárbara Queiroz de. II. Título.

CDD-616.028

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Tratamento intensivo 616.028

Editora Ampla

Campina Grande - PB - Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2022

APRESENTAÇÃO

Uma unidade de tratamento intensivo (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI) é uma estrutura hospitalar que se caracteriza como “unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar. A configuração básica da UTI deve abranger monitorização multiparâmetros, suporte de ventiladores artificiais, cama especial com controle elétrico, além de aparelhos utilizados em doenças graves por especialidade, entre outros tipos de aparelhagem. A equipe da UTI conta com médicos intensivistas, médicos assistentes plantonistas com treinamento em medicina intensiva, além de enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, fonoaudiólogos e equipe de suporte nutricional especializados em doenças graves e treinamento em ambientes de alta complexidade. Quando se trata do atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva, a preocupação no contexto de evolução médica e hospitalar se intensifica, tendo em vista que este setor hospitalar promove o cuidado a pacientes de alta complexidade e qualquer intervenção inadequada pode representar uma piora de quadro ou mesmo um óbito.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	8
CAPÍTULO II - A IMPORTÂNCIA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA TERAPIA INTENSIVA	16
CAPÍTULO III - DESFECHOS PSICOLÓGICOS A LONGO PRAZO APÓS ALTA DA TERAPIA INTENSIVA	24
CAPÍTULO IV - CANDIDÍASE INVASIVA EM PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA	33
CAPÍTULO V - SENTIMENTOS DA MATERNIDADE DIANTE DA INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA TERAPIA INTENSIVA	40
CAPÍTULO VI - CANSAÇO MENTAL E FÍSICO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	48
CAPÍTULO VII - ABORDAGEM INICIAL FRENTE ÀS INTOXICAÇÕES AGUDAS	55
CAPÍTULO VIII - PRINCIPAIS VARIÁVEIS QUE CORROBORAM UM TEMPO DE INTERNAÇÃO MAIOR NA TERAPIA INTENSIVA	70
CAPÍTULO IX - TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA	78
CAPÍTULO X - PRINCIPAIS RISCOS, INFECÇÕES E IATROGENIAS PROVENIENTES DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	86

CAPÍTULO I

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-1

Gabriel Augusto Batista Alves ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Eduardo Mendonça Tiveron ¹
Karine Soares Ferreira ¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

O atendimento ao usuário do sistema de saúde, no Brasil, enfrenta constantes impasses no que diz respeito à qualidade, sendo que, ao analisar esse quesito, a compreensão das demandas, dos espaços tecnológicos e as relações humanizadas entre os profissionais presentes e entre eles com os pacientes são aspectos importantes a serem considerados para a harmonia do processo. A partir disso, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual visa validar as ações humanizadas no acolhimento ao paciente. Essas práticas são implementadas, também, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em que há a necessidade de uma atenção constante ao paciente. Apesar de apresentar equipamentos tecnológicos que possam induzir um atendimento mecanizado, na UTI é possível oferecer estratégias simples que auxiliam no processo de humanização, como chamar o paciente pelo nome e oferecer um ambiente agradável sem barulhos em excesso, por exemplo. Dessa forma, com a implementação de atividades humanizadas, o paciente pode permanecer por menos tempo internado, apresentar uma melhor recuperação e sensação de bem-estar.

Palavras-chave: Atendimento humanizado. Políticas de humanização. PNH. Bem-estar. UTI.

1. INTRODUÇÃO

A qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. A forma do atendimento, a habilidade evidenciada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas e perspectivas dos pacientes, são variáveis que chegam a ser mais valorizadas que a falta de médicos, de medicamentos e de espaços. É claro que todas essas variáveis são relevantes para a qualidade do sistema, mas as tecnologias e os aparelhos organizacionais, especialmente na área da saúde, não podem funcionar sozinhos, cuja eficiência

depende da qualidade do fator humano e do relacionamento estabelecido entre profissionais e pacientes no processo de atendimento (BRASIL, 2001).

A preocupação com o cuidado aos pacientes levou o Ministério da Saúde a criar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), para difundir a ideia de humanização no atendimento. Posteriormente, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), para que a ideia de humanização viesse a ser disseminada não apenas nas instituições hospitalares, mas em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, tem-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que é o ambiente hospitalar mais seguro e aparelhado, em que sobrevém maior controle da morte de pacientes internados. Mas, o interior de uma UTI oscila frequentemente, por isso, requer a existência de uma equipe multiprofissional capaz de interagir o conhecimento de cada profissional, a fim de propiciar o melhor cuidado imaginável, além de oferecer uma atenção humanizada para os pacientes (SILVA et al., 2022).

A humanização não se refere a uma técnica ou um artifício. Esta se trata de um processo que abrange o ambiente e todos os profissionais que nele se encontram inseridos, essa realidade envolve o ser humano de forma holística indo muito além do seu quadro patológico. Assim, humanizar é mais que conversar e ser bondoso, é um processo complexo que envolve diferentes atores, marcado por uma mudança de comportamentos e atitudes que aplica empatia, singularidade e integralidade (COSTA et al., 20220).

A assistência em saúde na UTI apresenta frequentes mudanças devido às tecnologias que podem proporcionar melhor assistência, oportunidade de resultados mais eficazes, otimização do trabalho da equipe, celeridade e maior segurança para o doente, entretanto, o uso de aparelhamentos exerce influência na assistência humanizada, cuja tendência é ocorrer a mecanização do cuidado, e, portanto, o distanciamento do paciente com o profissional. Nesse contexto, o uso da comunicação pode garantir bem-estar, reduzir a ansiedade, o medo e a aflição do paciente, sendo uma grande estratégia para promover a humanização do cuidado, que deve ser muito bem aplicada nos pacientes (in)conscientes e familiares (COSTA et al., 2022).

Estudo corrobora que a boa comunicação entre as profissionais de saúde que regem a UTI é de suma relevância para promover a humanização dentro desse setor, uma vez que, essas práticas podem colaborar para reduzir a taxa de mortalidade e

diminuir o tempo de permanência dos pacientes nas UTI's. Mas, a comunicação entre os profissionais pode ser falha em razão da sobrecarga de trabalho e cotidiano agitado do setor (SILVA et al., 2022). A relevância desse estudo incide no fato de saber que os bons resultados nos serviços de saúde sujeitam-se, em grande nota, à habilidade dos profissionais de saúde oferecerem um atendimento humanizado aos pacientes. Lembrando-se de que, os profissionais de saúde envolvem todas as pessoas que trabalham nas unidades de saúde, e não apenas médicos e paramédicos (BRASIL, 2001). Logo, devem ser propostas ações que visem melhorias nos hospitais, e que devem se estender também, à formação educacional dos profissionais de saúde, que mesmo modernamente apresenta-se muito deficiente no que se menciona à questão da humanização do atendimento, sobretudo, nas Unidade de Terapia Intensiva. Por isso o objetivo deste estudo foi discorrer acerca da importância da humanização na terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca da importância da humanização na terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*terapia intensiva*”, “*humanização*”, “*saúde*”, “*cuidados*”, e em inglês: “*intensive care*”, “*humanization*”, “*health*”, “*care*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2006 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos

resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 9 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Política Nacional de Humanização (PNH) buscou em 2003, no Brasil, a legitimação de práticas de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, essas práticas já estavam presentes por todo o território do país em alguns lugares que prestam serviços de saúde e que, dessa forma, inspiraram a criação da política citada. Nesse contexto, no Brasil as ações de humanização estão atreladas como tecnologias relacionais e que está muito relacionado com a integralidade do cuidado (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Tornar a assistência em saúde humana significa dar lugar à palavra do usuário e dos profissionais de saúde, permitindo com que eles se tornem uma rede de diálogo que pense e promova as ações e políticas assistências a partir do respeito e outras qualidades (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006). Segundo os valores de Albert Jovell, a humanização é o método de cuidado e cura dos pacientes como pessoas, baseado em evidências científicas, incorporando os aspectos dos pacientes de dignidade e humanidade, estabelecendo um cuidado baseado na confiança e empatia, e contribuindo para o bem-estar e para os melhores resultados de saúde possíveis (BUENO; CALLE, 2020).

O objetivo de humanizar os serviços de saúde, implica em aceitar e reconhecer que essa área e suas práticas existem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição de cuidado. Dessa forma, a missão de humanizar os serviços de saúde pode ser resumido em incentivar a união e colaboração interdisciplinas de todos os envolvidos no processo de cuidado (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006). Em contraste, existe a escassez de discussões acerca das dimensões organizacionais, político-institucionais e sociais que envolvem projetos de humanização pelos profissionais da saúde. É notório a necessidade de ampliar as reflexões sobre o tema frente o despreparo de profissionais para atender os usuários de forma mais humanizada e seguindo a PNH (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

A Unidade de Terapia Intensiva é um local destinado a pacientes graves, porém que possuam condições de recuperação, o que exige um cuidado constante e de qualidade a esses pacientes, foi criada a partir da necessidade de aperfeiçoamento na assistência à pacientes graves ou potencialmente graves e conta com instrumentos tecnológicos e com o aprimoramento das habilidades dos profissionais para o atendimento adequado às necessidades de cuidados complexos (BRILL et al., 2020).

A UTI conta com a ajuda de vários equipamentos para que a equipe de saúde preste assistência necessária aos pacientes. Entretanto, se faz necessário uma visão voltada ao cuidado humanizado, pois devido a presença de muitas tecnologias no ambiente de serviço, teme-se a realização de uma assistência mecanizada. Ademais, o ambiente e a rotina diária é complexa para a equipe multidisciplinar que presta a assistência e isso, em alguns momentos, faz com que os profissionais esqueçam de exercer um cuidado afetivo para aquele que se encontra na situação de usuário do serviço (BRILL et al., 2020). O cuidado do paciente em situação de UTI, deve objetivar não apenas a sua sobrevivência, mas também assegurar uma boa qualidade de vida pós UTI e maximizar a qualidade de vida daqueles em cuidados paliativos. As intervenções realizadas durante esse tempo de estadia no setor de UTI reverberam nos desfechos que podem ocorrer com os pacientes (VINCENT, 2019).

O cuidado humanizado é centrado na pessoa, como um multidisciplinar, incomparável e único ser, respeitando dignidade, valores e liberdade de escolha da pessoa. Dentro disso, todas as partes interessadas devem refletir sobre o modelo adotado e sobre outros que levariam a um melhor cuidado e serviço para os pacientes, usuários, familiares e profissionais. Além disso, em unidade de saúde como UTIs, outros problemas devem ser considerados, como a extrema sensação de vulnerabilidade do paciente, a dependências das máquinas, perda de autonomia e mobilidade, incapacidade de comunicação, perda de identidade e, por vezes, a falta de informação. Todas essas questões tendem a ser negligenciadas em razão da seriedade clínica daquele que necessita (BUENO; CALLE, 2020).

O Projeto Internacional de Pesquisa para a Humanização de Unidade de Terapia Intensiva (Proyecto HU-CI) criou um *design* do cuidado que propõe medidas ao longo de diferentes linhas de trabalho que podem ser implementadas na prática e avaliadas posteriormente. Sendo eles pontos estratégicos de ação no processo de humanização do cuidado intensivo: políticas de visitação de UTI aberta;

comunicação; bem-estar do paciente; presença e participação de parentes na UTI; cuidado dos profissionais de saúde; prevenção, manejo e monitoração de síndrome pós UTI; arquitetura e infraestrutura humanizada e cuidados paliativos (BUENO; CALLE, 2020). Michelin; Spiri (2017) abordam que a humanização do paciente na UTI envolve o cuidado holístico do paciente, relacionando-o com o contexto familiar e social e que a atuação dos trabalhadores se estende além das intervenções farmacológicas e tecnológicas focadas no paciente, e que a abordagem holística são comparáveis a um tratamento medicamentoso.

A implementação da Política de Humanização se faz necessária no sentido de modificar o ambiente de trabalho, por meio da escuta, de uma gestão democrática e uma cultura humanista, devendo ser um caminho para transformar a teoria em prática, no intuito de valorizar o trabalhador e a relação com os gestores que representam a instituição, refletindo-se na humanização no trabalho e com isso gerar um atendimento acolhedor e humanizado daquele que sofre (MICHELIN; SPIRI, 2017). A humanização do profissional é uma questão importante que deve ser conquistada através da formação, para que sigam as diretrizes políticas do HumanizaSUS, pois mesmo com as intenções em realizar uma assistência humanizada, fica ainda o fator de despreparo em termos de educação formal para a execução de modo que abarque os diversos aspectos necessários no intuito de um cuidado humanizado de pacientes em Unidades De Terapia Intensiva (MONGIOVI et al., 2014).

A implementação da humanização na unidade de terapia intensiva encontra outros motivos de inviabilização, como desrespeito a individualidade dos pacientes e problemas no ambiente. Diante disso, está incluso a exposição do corpo do paciente, assistência sem chamar pelo nome do paciente, barulho excessivo e baixas temperaturas no setor (REIS; SENA; FERNANDES, 2016). Benefícios da implementação da PNH nas UTIs: redução do tempo de internação, melhor assistências do paciente gera celeridade no processo de recuperação; redução do absentismo; crescimento da sensação de bem-estar dentre os pacientes, família e equipe; e conseqüentemente a redução do custo da assistência de saúde (REIS; SENA; FERNANDES, 2016). Para a implementação da PNH como uma estratégia para atendimento resolutivo e acolhedor, deve haver melhorias na estrutura física, tecnológica, humana e administrativa de Unidades de Terapia Intensiva, com foco na valorização e respeito aos pacientes, familiares e trabalhadores de saúde. Além

disso, é importante, no processo de educação em saúde, investir nas práticas humanizadas com temas relacionados sendo agregados às grades curriculares dos cursos (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é evidente que a implementação de políticas de humanização no atendimento ao paciente é extremamente importante para um tratamento de qualidade. Assim, cabe aos profissionais buscarem maior conhecimento sobre as práticas adequadas a serem utilizadas que respeitem a individualidade de cada paciente, desde o modo de lidar de forma acolhedora até propor melhorias no próprio ambiente hospitalar. Desse modo, todos os envolvidos se beneficiarão com as ações humanizadas, visto que os profissionais da saúde terão maior êxito na aplicação dos procedimentos e o paciente apresentará maior satisfação e bem-estar ao final do tratamento. Ademais, poderá haver uma redução dos custos de internação, os quais podem ser realocados para áreas que estejam necessitando.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2001, 60p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
- BRILL, N. G., et all. Humanização do Cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: Potencialidades, Desafios e Estratégias. **Disciplinarum Scientia**, v. 21, n. 2, p. 113-125, 2020.
- BUENO, J. M. V., CALLE, G. H. L. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practic. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 32, n. 2, p. 135-147, 2020.
- COSTA B. L. L. (*et al.*) Humanização da assistência de enfermagem aos pacientes em unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p.3841-3853, jan./feb., 2022
- FERREIRA, L. R., ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.5, p. 1437-1450, 2018.
- LUIZ, F. F., CAREGNATO, R. C. A., COSTA, M. R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.20, n.5, p. 1040-7, 2017.

- MANGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.
- MICHELAN, V. C. A., SPIRI, W. C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 397-404, 2018.
- OLIVEIRA, B. R. G., COLLET, N., VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.
- REIS, C. C. A., SENA, E. L. S., FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 2, p. 4212-422, 2016.
- SILVA, F. E. A.; ALMEIDA, P. S.; FREITAS, A. M. O.; LIMA, A.B.L.; LUZ, A. K. P. S. A importância da comunicação entre a equipe multiprofissional para o paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. v. 10, n. 1, 2022.
- VINCENT, J. L. The continuum of critical care. **Critical Care**, v. 23, n. 51, p. 122-127, 2019.

CAPÍTULO II

A IMPORTÂNCIA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-2

José Lucas Lopes Gonçalves¹
Andreza Luiza Souza Côrtes¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo¹
Wandilson Horbach Melo¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A terapia intensiva é um ambiente para monitorização e cuidados de pacientes com instabilidades fisiológicas graves em potencial que necessitam de suporte tecnológico e/ou de vida artificial e, com o aperfeiçoamento de novas tecnologias, o paciente pode ser mantido por longo período nessa unidade, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para todos os envolvidos. Além disso, os custos relacionados a alta taxa de permanência de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se tornaram um dos grandes problemas de saúde pública, e a intervenção com mobilização precoce pode causar redução importante desses gastos a partir de programas que visem redução da perda da força muscular e de ventilação mecânica prolongada. Ademais, o organismo humano imobilizado em sua totalidade pode trazer prejuízos a todos os sistemas corporais, sendo difícil assim definir com precisão todas as sequelas que acometerão o paciente, por causa da síndrome do imobilismo, mas são notórias as dificuldades e perdas funcionais que o paciente apresenta. Desse modo, é de grande destaque o papel da equipe multidisciplinar e, mais ainda, do fisioterapeuta, que vão ser os responsáveis pela capacidade funcional, preservando, restaurando ou melhorando o possível no quadro do paciente em leitos de UTI.

Palavras-chave: Mobilização precoce. Efeitos deletérios. Síndrome do imobilismo. Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

A terapia intensiva é um ambiente para monitorização e cuidados de pacientes com instabilidades fisiológicas graves em potencial que necessitam de suporte tecnológico e/ou de vida artificial (RODRIGUES et al., 2017) e, com o aperfeiçoamento de novas tecnologias, o paciente pode ser mantido por longo período nessa unidade, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para todos os envolvidos (SANTOS et al., 2015). Somado a isso, segundo Sarti et al.

(2016), a imobilidade oferecida pela internação pode comprometer órgãos e sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário e cutâneo, proporcionando limitações e conseqüente perda de inervação e massa muscular e, tudo isso, faz com que a reabilitação seja difícil e demorada.

Nesse sentido, após a alta da UTI, os pacientes demonstram inabilidades que podem perdurar por até um ano, sendo incapazes de retornar ao trabalho devido à fadiga persistente, fraqueza e pobreza do status funcional (RODRIGUES et al., 2017). Dessa forma, ao analisar a conjuntura há busca por soluções que reduzam o tempo de internação, os custos com a operação e por conseqüência melhorem a qualidade de vida do paciente durante e após a liberação da terapia intensiva (SANTOS et al., 2015).

Além disso, os custos relacionados a alta taxa de permanência de pacientes em leitos de UTI se tornaram um dos grandes problemas de saúde pública, e a intervenção com mobilização precoce pode causar redução importante desses gastos a partir de programas que visem redução da perda da força muscular e de ventilação mecânica prolongada (REIS, et al., 2018). Isso acontece, pois essa intervenção em pacientes críticos é segura, viável e de baixo custo, sendo realizada após uma avaliação de todos os aspectos que envolvem a segurança do paciente (RODRIGUES et al., 2017). Portanto, o presente estudo é relevante para analisar a importância da prevenção dos efeitos deletérios da imobilização prolongada, por meio da utilização de protocolos de mobilização precoce evidenciados na literatura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca da importância da mobilização precoce na terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: "*mobilização precoce*", "*terapia intensiva*", "*intervenção*", "*internação*", "*protocolo*" e em inglês: "*early mobilization*", "*intensive care*", "*intervention*", "*hospitalization*", "*protocol*".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2012 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 9 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A mobilização, de forma precoce é um recurso terapêutico importante e valioso para o quadro clínico geral dos pacientes, uma vez que permite um prognóstico melhor em relação ao psicológico, físico e padrão respiratório para o paciente, além de evitar os riscos de internações hospitalares prolongadas e consequentemente reduzir as complicações pulmonares e infecções que acometem os indivíduos hospitalizados (FELICIANO et al., 2012). Porém, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é comum encontrar escrito no prontuário do paciente a seguinte prescrição: Repouso no leito; entretanto, não quer dizer imobilização absoluta, segundo Santos et al. (2015), uma vez que a situação de imobilidade total possui riscos ao funcionamento do organismo humano, podendo ocorrer úlceras de pressão, atelectasia, pneumonias e efeitos deletérios, logo, entende-se que é importante evitar esses acontecimentos.

Holstein e Castro (2019), evocam a comparação matemática em que, uma grandeza é diretamente proporcional a outra, sendo que o tempo que o paciente fica imóvel é diretamente proporcional as prováveis complicações que irão surgir. Sarti et al. (2016), dessa forma, é necessário entender como prevenir esses prejuízos, os quais são causados pelo imobilismo do paciente internado, logo, precisa-se de uma ação que altere o estado de imobilização no leito para um estado ativo, que é a mobilização precoce. Contudo, segundo Feliciano et al. (2012), para validar a real

importância dessa técnica e o ganho para o prognóstico do paciente é necessário um estudo embasado em teoria e prática para mensurar os benefícios reais dessa terapêutica.

Um paciente internado na UTI permanece no leito com uma mobilização precária, seja reduzida, ou inexistente, dessa forma, o paciente possui perdas significativas, como: massa muscular acometida, fraqueza generalizada, as quais geram um espiral, em que o paciente imobilizado pelo tempo prolongado de internação é acometido por uma perda muscular, a qual leva a fraqueza generalizada e isso faz com que o paciente precise ficar mais tempo internado para recuperação, por fim causando maior tempo de imobilização (FELICIANO et al., 2012). O organismo humano imobilizado em sua totalidade pode trazer prejuízos a todos os sistemas corporais, é difícil definir com precisão todas as sequelas que acometerão o paciente, por causa da síndrome do imobilismo (paciente imóvel por mais de 15 dias no leito), mas são notórias as dificuldades e perdas funcionais que o paciente apresenta (SANTOS; BORGES, 2020).

Além da perda de massa muscular pode ser acometido outros vieses do quadro clínico do paciente, isto é, segundo Feliciano et al. (2012), o sistema motor pode sofrer sequelas irreparáveis, caso a mobilização seja postergada, assim como Santos e Borges (2020) relatam que, além da alteração motora, há a alteração no sistema gastrointestinal, que gera alterações na peristalse, absorção de nutrientes prejudicada, constipação intestinal e a formação de fecalomas, o qual pode gerar outras complicações sistêmicas. Esses prejuízos nas funções sistêmicas culminam e propiciam um quadro geral de alteração da qualidade de vida, já que o paciente terá suas funções fisiológicas comprometidas mesmo depois da alta hospitalar.

Outro sistema alterado, por adiar a mobilização precoce é o sistema respiratório, como o paciente entra em um quadro de fraqueza muscular o desmame da ventilação mecânica (VM) torna-se mais complicado, uma vez que para reestabelecer a homeostasia pulmonar usa-se a musculatura respiratória - os músculos que compõem essa musculatura específica, segundo Moore et al. (2018), são: o diafragma, intercostais, escalenos, esternocleidomastoideos e abdominais - e como o paciente estará com fraqueza generalizada demorará a conseguir restituir essa musculatura para a recuperação funcional do processo respiratório sem o auxílio da ventilação mecânica (VM) (FELICIANO et al., 2012).

Na situação atual, a qual o mundo passa pela pandemia do SARS CoV-2, tornou-se mais evidente os efeitos deletérios causados pela imobilização do paciente em leitos de UTI, haja vista a necessidade que o paciente com COVID-19 possui em relação a VM nos casos moderados a grave e o tempo prolongado de internação. Dessa forma, é necessário a implementação da mobilização precoce, uma vez que há uma melhora em relação a função do sistema musculoesquelético e o cardiopulmonar, culminando em uma melhor qualidade de vida (BONORINO; CANI, 2020).

Como há a necessidade de uma mobilização precoce em pacientes internados em UTI são necessários profissionais capacitados para isso, logo, essa terapêutica necessita de uma equipe multidisciplinar, sendo o fisioterapeuta o profissional responsável pela terapia, já que o principal objetivo dessa profissão é voltado para a capacidade funcional, seja para preservá-la, restaurá-la ou melhorá-la (SANTOS et al., 2015). Esses profissionais vão suprir a necessidade de intervenções na mobilização do paciente, a fim de evitar o declínio funcional (BONORINO; CANI, 2020), dessa forma, na equipe que compõe os profissionais da saúde de uma UTI sempre terá no mínimo 1 fisioterapeuta a cada 10 leitos (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2014). Diante a isso explica o aumento da requisição da assistência fisioterapêutica nas UTI's, desde a década de 1970, quando as equipes multidisciplinares dos hospitais foram incrementadas com esses profissionais (FREITAS; MIQUELOTE, 2020).

Para iniciar a mobilização precoce não deve esperar o paciente ser curado ou ter alta hospitalar, uma vez que essa terapêutica necessita ser iniciada o mais precoce possível, logo, o ponto de partida para iniciar é o estado do paciente, o qual deve estar com as alterações fisiológicas estáveis (SANTOS et al., 2015), mesmo que o paciente esteja em VM ou inconsciente, para o protocolo de mobilização precoce ser iniciado basta o paciente estar hemodinamicamente estável (HOLSTEIN; CASTRO. 2019). Essa terapêutica segue uma hierarquia dentro da UTI, a qual considera a intensidade dos exercícios fisioterápicos (SANTOS et al., 2015).

Esses movimentos são divididos em grupos, que são: passivos, ativos-assistidos e ativos-livres, para manter a integridade e segurança do paciente a terapêutica deve ser acompanhada pelo fisioterapeuta e os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial), além do nível de consciência do paciente devem ser aferidos constantemente durante a monitorização (SANTOS et

al., 2015). Segundo Freitas; Miquelote (2020), os movimentos terapêuticos que o paciente pode realizar, são: sentar-se à beira leito, transferir-se da cama para a poltrona, ficar em ortostatismo e deambular. Desde que o paciente consiga tolerar esses exercícios e seja monitorizado para não haver risco de lesões.

Para ocorrer uma padronização e asseguarção da técnica, assim como a segurança na aplicação da terapêutica pode-se adotar os protocolos referentes a monitorização precoce. Holstein e Castro (2019), citam um protocolo, que define 5 estágios para avaliar as melhoras funcionais do paciente, que iniciam no estágio de inconsciência e evolui progressivamente para os seguintes estados de consciência, sendo que a cada estágio é incrementado por uma melhora funcional do paciente. Ademais, Freitas; Miquelote (2020), descrevem um protocolo similar ao citado anteriormente, enfatizando a cinesioterapia, a fim de fortalecer a musculatura enfraquecida, por meio de sua ativação na mobilização precoce. Dessa forma, remete a tentativa de impedir a instauração da síndrome de imobilização do paciente internado, que segundo Feliciano et al. (2012), gera transtornos tanto em relação ao paciente, quanto aos custos de internação, uma vez que, o tempo de internação pode aumentar, haverá maior dependência das atividades de vida diária (AVDs), que culminará em apoio familiar para suprir as necessidades do paciente, assim como os custos hospitalares e o tempo de recuperação serão maiores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório, portanto, a importância da mobilização precoce nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente quando relacionada com situações da síndrome do imobilismo, tratando da redução de efeitos deletérios ao organismo do paciente hemodinamicamente estável, haja vista que essa mobilização proposta diminui a agressão aos sistemas acometidos e proporciona menos transtornos tanto ao paciente quanto aos custos de internação. Além disso, a imobilidade, consequência da internação, pode comprometer órgãos e sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, urinário, musculoesqueléticos e cutâneo, ministrando assim situações de desconforto para o paciente durante e, principalmente, pós internação, isso porque graus de imobilidade em determinados sistemas podem prejudicar o funcionamento do organismo e prejudicar a reabilitação.

Desse modo, é de grande destaque o papel da equipe multidisciplinar e, mais ainda, do fisioterapeuta, que vão estar responsáveis pela capacidade funcional, preservando, restaurando ou melhorando quando possível o quadro do paciente internado. Ademais, é de suma importância a padronização e a asseguarção da técnica de mobilização precoce, e, dessa maneira, tentar impedir a instauração da síndrome de imobilização do paciente internado, uma vez que os benefícios possíveis está a redução do tempo de internação, custos hospitalares e o tempo de recuperação menores.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Manual De Medicina Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2014. 1200 P.
- BONORINO, K. C.; CANI, K. C. Early mobilization in the time of COVID-19. Mobilização precoce em tempos de COVID-19. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 32, n. 4, p. 484–486, 2020.
- CASTRO, A. A. M. DE; HOLSTEIN, J. M. Benefícios E Métodos Da Mobilização Precoce Em Uti: Uma Revisão Sistemática. **Life Style**, v. 6, n. 2, P. 7–22, 2020.
- FELICIANO, V. A. et al. A Influência Da Mobilização Precoce No Tempo De Internamento Na Unidade De Terapia Intensiva. **Assobrafir Ciência**, Pernambuco, v. 2, n. 3, p. 31-42, 2012.
- FREITAS, E.; MIQUELOTE, A. Intervenção Da Fisioterapia Na Mobilização Precoce Em Unidade Hospitalar Com Ênsafe Em Uti. Teoria & Prática: **Revista De Humanidades, Ciências Sociais E Cultura**, v. 2, n. 1, P. 14-26, 2020.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia Orientada Para Clínica, 8ª Edição**. Grupo Gen, 2018.
- REIS, G. et al. A importância da mobilização precoce na redução de custos e na melhoria da qualidade das UTI. **Rev Aten Saúde**, São Caetano do Sul, v.16, n. 56, p. 94-100, 2018.
- RODRIGUES, G. et al. Mobilização precoce para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa. **Rev Inspirar Mov & Saúde**, v. 13, n. 2, 2017.
- SANTOS, F. et al. Relação entre mobilização precoce e tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. **Revista eletrônica gestão & saúde**, Santa Catarina, v. 6, n. 2, p.1394-1407, fev. 2015.

SANTOS, J.; BORGES, A. R. A Intervenção Da Fisioterapia Na Mobilização Precoce Em Adultos Dentro De Uma Unidade De Terapia Intensiva - UTI. **SCIENTIA GENERALIS**, v. 1, N. 2, P. 11-22, 2020.

SARTI, T. C.; VECINA, M. V. A.; FERREIRA, P. S. N. Mobilização precoce em pacientes críticos. **J Health Sci Inst**, Sorocaba, v. 3, n. 34, p.177-182, mar. 2016.

CAPÍTULO III

DESFECHOS PSICOLÓGICOS A LONGO PRAZO APÓS ALTA DA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-3

Ana Paula Ferreira Araújo¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo¹
Johnathan Camargo Borges Lima¹
Maria Fernanda Londe de Lima¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco de morte, que necessitam de atendimento ininterrupto. Porém, devido ao desconhecimento da população sobre os cuidados intensivos, a internação pode ser uma situação de grande estresse, no qual gera agravos psicológicos a longo prazo após a alta da terapia intensiva. Com isso, alguns pacientes desenvolvem a síndrome pós-cuidados intensivos (PICS - *post intensive care syndrome*), que são um conjunto de incapacidades funcionais, cognitivas e psicossociais adquiridas ou agravadas após uma doença crítica e permanência na terapia intensiva. Dentre os fatores psicológicos mais comuns estão a depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Tais fatores causados pelo uso excessivo de sedativos e procedimentos invasivos, como também a prevalência de sentimentos de angústia e invalidez na admissão à UTI, devido à ideia errônea da UTI como um “local de morte”. Desse modo, é essencial o papel do Médico e Psicólogo no acompanhamento da pessoa sob cuidados intensivos, usando da escuta ativa a fim de esclarecer às dúvidas do paciente sobre o verdadeiro conceito de UTI. Além disso, o Médico intensivista deve avaliar cada paciente, de modo a diminuir procedimentos invasivos e sedações desnecessárias, a fim de reduzir os agravos psicológicos a longo prazo após a alta da terapia intensiva.

Palavras-chave: Saúde mental. UTI. Desfechos. Agravos. Longo prazo.

1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco de morte, que necessitam de atendimento ininterrupto. São caracterizadas, muitas vezes, como um ambiente relacionado ao sofrimento e a morte. Assim, a internação em UTI implica em uma situação de grande estresse. A ansiedade, a doença grave, o medo de morrer, o afastamento dos hábitos rotineiros e da família são fatores geradores do isolamento

social do paciente, contribuindo para o significado cultural atribuído como um local fechado e isolado. Entretanto ao mesmo tempo em que há a UTI com a doença grave e morte, há a percepção que esta unidade é também um local de recuperação e esperança, no qual há recursos tecnológicos e pessoal, capaz de reverter uma situação mais complicada (PROENÇA; AGNOLO, 2011). Diante da pandemia de COVID-19, aspectos psicológicos nos pós alta foram são alvos de muitos estudos.

Nas últimas décadas, o número de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e as capacidades em medicina intensiva vêm crescendo continuamente. Embora a idade média e a gravidade da doença tenham aumentado, as taxas de mortalidade estão em declínio constante, o que tem sido atribuído aos avanços da tecnologia e a uma crescente base de evidências. Como resultado, observamos uma coorte crescente de pacientes que sobrevivem à doença crítica (MAJOR et al., 2016). Com isso, torna-se ímpar compreender os desfechos que vêm depois da alta da terapia intensiva.

Devido à natureza muitas vezes sobreposta de deficiências funcionais pós-UTI, o uso do termo único síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) foi recomendado. O PICS compreende deficiências novas ou agravadas associadas ao tratamento na UTI de funções cognitivas, saúde mental (ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e funções físicas. Além disso, reconhece-se que não apenas os pacientes são comumente afetados pelo PICS, mas também seus cuidadores, o que é descrito como PICS-F. Semelhante ao termo síndrome pós-parada cardíaca, o acordo sobre uma terminologia PICS comum deve aumentar a conscientização sobre a prevalência de deficiências funcionais após cuidados na UTI (MAJOR et al., 2016; PAUL et al., 2022). Estima-se que os componentes psicopatológicos do PICS ocorram em até um terço dos sobreviventes do tratamento na UTI (HATCH et al., 2020).

Os sobreviventes de doença crítica apresentam alto risco de sofrer comprometimento mental e psicológico de longo prazo após tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI) com cerca de 33% sofrendo de sintomas associados à ansiedade ou depressão e 19% sofrendo de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) diagnosticado pelo médico, existindo a possibilidade de todos ocorrerem concomitantemente (JÓNASDÓTTIR et al., 2018). Vários fatores de risco para o desenvolvimento de sequelas psicológicas de PICS foram elucidados e incluem doenças graves, como sepse ou síndrome do desconforto respiratório agudo,

ventilação mecânica prolongada e permanência prolongada na UTI, medo de morrer e lembranças de pesadelos assustadores relacionados ao delírio e a experiências psicóticas (BRUMEL et al., 2012).

Dessa forma, a identificação precoce do comprometimento cognitivo pós-internação em UTI, pode propiciar maior qualidade de vida, redução do declínio cognitivo para pacientes em questão através de intervenções terapêuticas planejadas e contínuas desenvolvidas por equipes multiprofissionais (PROENÇA, AGNOLO, 2011). Na literatura atual há a apresentação de protocolos novos sobre o assunto, que investigam a possibilidade de reabilitação cognitiva precoce e sustentada emparelhado com reabilitação física precoce de pacientes criticamente doentes (BRUMEL et al., 2012). Por isso, o objetivo deste estudo foi discorrer acerca dos desfechos psicológicos a longo prazo após alta da terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca dos desfechos psicológicos a longo prazo após alta da terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*terapia intensiva*”, “*saúde mental*”, “*reabilitação*”, “*ansiedade*”, “*recuperação psicológica*”, “*internação*”, e em inglês: “*intensive care*”, “*mental health*”, “*rehabilitation*”, “*anxiety*”, “*psychological recovery*”, “*hospitalization*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2002 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos

resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 17 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. QUALIDADE DE VIDA PÓS UTI

As unidades de terapia intensiva (UTIs) tem contribuído de forma significativa para a sobrevivência da população geral após algum evento que seja debilitante à saúde. No entanto, o aumento dessa expectativa de vida traz novos desafios, uma vez que sobreviver a doença crítica que elegeu o paciente a dar entrada na UTI, não significa plena qualidade de vida após a alta (ROBINSON et al., 2018).

A síndrome pós-cuidados intensivos (PICS - *post intensive care syndrome*) consiste em um conjunto de incapacidades funcionais, cognitivas e psicossociais adquiridas ou agravadas após uma doença crítica e permanência na terapia intensiva. Nesse sentido, após o período de internação em uma UTI, o paciente pode apresentar diversas dificuldades de vida diária, diminuindo sua funcionalidade e aumentando suas chances de dar entrada novamente no hospital. Com isso, esses problemas podem envolver corpo, pensamentos ou sentimentos do paciente e podem contribuir para ocorrência, em longo prazo, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (ROBINSON et al., 2018).

A literatura fala sobre uma possível avaliação pré-UTI, assim, seria possível estabelecer um parâmetro de prós e contras para admitir o paciente, assim, seria possível mensurar o verdadeiro impacto da doença e/ou da admissão à UTI. Porém, a entrada de pacientes na UTI na maioria das vezes não é programada, sendo difícil mensurar esses possíveis dados (PEREIRA et al., 2018).

Em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP) estruturadas para tratar problemas agudos e graves que exijam o tratamento em terapia intensiva para acelerar sua recuperação são realizados os cuidados intensivos, os quais necessitam de assistência e monitoramento multidisciplinar 24h por dia. Segundo o último Censo da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), o motivo mais recorrente de internações compreende infecções, desordens

respiratórias e desordens do sistema nervoso central. Além disso, a literatura fala que crianças e adolescentes admitidos em UTIP tem seu estado nutricional totalmente alterado, ocorrendo casos de desnutrição severa, o que é considerado um fator de morbimortalidade em todas as faixas etárias (ROCHA, 2022).

Assim, verifica-se a importância de um suporte nutricional adequado para pacientes de todas as idades admitidos em UTI, notando toda a exposição ao ambiente estressor com procedimentos invasivos. Com isso, a manutenção de uma dieta adequada e a diminuição de riscos de uma possível desnutrição, é crucial para que não ocorra a deterioração do estado nutricional e disfunção de órgãos dos pacientes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida após alta, visto que essas medidas diminuem possíveis comorbidades (SANTOS; ARAÚJO, 2019).

3.2. SAÚDE MENTAL PÓS UTI

No contexto de UTI, sedação e analgesia são frequentemente utilizadas, principalmente em pacientes que necessitam de uma ventilação mecânica. No entanto, apesar de um melhor prognóstico, os usos excessivos desses compostos estão diretamente associados com o delirium, que é uma perturbação grave das habilidades mentais que resulta em raciocínio confuso e consciência reduzida. Um estudo recém-publicado no Journal of Critical Care (JCC) mostrou que até 35% dos pacientes doentes submetidos a cuidados intensivos apresentavam sinais e sintomas de delirium durante a alta hospitalar. Além disso, é sugerido que quanto menor o nível de sedação ofertado ao paciente, menos sintomas psicológicos são apresentados após a alta (JÚNIOR, 2009).

Segundo Oliveira (2002), após alta da UTI, a saúde mental dos pacientes fica debilitada, gerando alguns quadros graves de doenças psíquicas. Outrossim, o paciente recebe um atendimento médico intensivo e, por isso mesmo, há alguns riscos associados às exposições prolongadas. Sendo assim, os problemas mentais podem surgir aliados aos tratamentos invasivos e pelo próprio paciente se sentir inválido após a permanência nesses centros.

Ademais, o ambiente também expõe o paciente a situações extremamente estressantes e difíceis do ponto de vista psicológico. Sendo assim, o adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI também implica numa modificação da dinâmica familiar, existindo estresse por conta do hospital, da doença e das sequelas. Além disso, também há uma rotina incompreensível para os familiares que realizam

visitas aos internados na UTI, uma vez que os mesmos passam por uma série de sentimentos – inquietação, ansiedade, impotência e angústia – diante de uma situação tão difícil. Com isso, os próprios familiares não estão aptos para auxiliarem os enfermos após alta da UTI, demonstrando a importância de cuidados especializados para a reabilitação desses pacientes (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Por fim, o transtorno de estresse pós-traumático é muito prevalente em pacientes após a alta, e é desencadeado a partir da experiência previa à eventos estressores traumáticos. Nesse sentido, a pandemia do coronavírus, causador da COVID-19 tem causado impactos à saúde física e mental dos pacientes acometidos por essa doença que necessitam dos cuidados intensivos. Com isso, o transtorno de estresse pós-traumático tem sido reconhecido como uma das principais causas de morbidade entre as populações em geral, e sua incidência foi aumentada tanto por causa da situação prevista pelo evento traumático, que se tornou uma realidade, como pelas consequências a longo prazo do evento (SANTOS; ANJOS, 2020).

3.3. PANORAMA APÓS ALTA DE UTI

Muitos fatores tornam complexa a decisão de dar alta ao paciente de UTI, em razão da grande variabilidade de condições clínicas observadas na clientela dessas unidades. Nesses casos, existe uma necessidade de revisar as regras ao longo do tempo, no intuito de oferecer um cuidado mais eficiente à equipe. Dessa forma, hospitalização por UTI tem evoluído para incluir diversas alternativas para permitir um maior aprendizado da equipe no desenvolvimento das técnicas (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010).

Nessa vertente, a readmissão dos pacientes na unidade de terapia intensiva, durante a mesma hospitalização, apresenta aumento considerável da morbidade e mortalidade. Assim, a escala de SWIFT- escore de avaliação de riscos que mede a aptidão de condições adequadas para a alta da UTI, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é o risco de readmissão do paciente internado- é uma ferramenta acessível e de fácil aplicação, sendo útil para avaliar pacientes propensos a readmissão e óbito após a alta da UTI (MELLO; KUTCHAK; FILHO, 2013).

Portanto, avaliar o paciente em toda a esfera biopsicossocial é um fator terapêutico, favorecendo uma boa comunicação e auxiliando que o paciente expresse suas emoções e sentimentos. Além disso, essa escuta ativa dos

profissionais de saúde é válida para esclarecer dúvidas dos pacientes e quebrar concepções pré-estabelecidas, visto que muitos pacientes acreditam que o simples fato de estar na UTI já corrobore para o processo da morte. Com isso, todo esse apoio multidisciplinar presente na UTI, será de suma importância para reestabelecer o paciente em longo prazo após alta da terapia intensiva (LUCCHESI; MACEDO; MARCO,2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é visível que as Unidades de Terapia Intensiva contribuem de forma significativa nas situações de algum evento debilitante à saúde, no qual necessite de cuidados intensivos. Porém, há a necessidade de avaliar os possíveis desfechos psicológicos pós alta hospitalar a longo prazo para a pessoa sob terapia intensiva. Desse modo, foram identificadas como principais consequências: síndrome pós-cuidados intensivos, depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Com isso, como causa desses agravos, há as exposições prolongadas às situações estressantes, sentimentos de invalidez e angústia na admissão à UTI e também o uso excessivo de sedativos e procedimentos invasivos.

Dessa maneira, é fundamental o papel do Médico, como também do Psicólogo, no acompanhamento do paciente sob cuidados intensivos e após alta hospitalar. Com isso, deve haver uma avaliação individual, priorizando uma escuta ativa sobre as necessidades do paciente, de forma a esclarecer a importância da UTI e diminuir a angústia da terapêutica. Além disso, o profissional deve avaliar o uso desnecessário de procedimentos e sedações, na qual pode evitar os sintomas de *delirium* e também utilizando a escala de SWIFT a fim proporcionar a melhor condição de alta e menores agravos psicológicos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. G. et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 1, p. 32-38, 2013.
- BRUMMEL, N. E. et al. Um Programa Combinado de Reabilitação Cognitiva e Física Precoce para Pessoas Críticas: a atividade e terapia cognitiva na unidade de terapia intensiva (act-icu). **Fisioterapia**, [S.L.], v. 92, n. 12, pág. 1580-1592, 1 dez. 2012.

- DOS ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C. Transtorno de Estresse Pós-traumático no Contexto da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 6-6, 2020.
- HALPIN, S. J. et al. Sintomas pós-alta e necessidades de reabilitação em sobreviventes da infecção por COVID-19: uma avaliação seccional. **Journal Of Medical Virology**, [S.L.], v. 93, n. 2, pág. 1013-1022. 2020.
- HATCH, R., YOUNG, D., BARBER, V. S. *et al.* Ansiedade, depressão e gerenciamento de transtorno de estresse pós-traumático após doença crítica: um estudo de coorte prospectivo multicêntrico no Reino Unido. **Crit Care** **24**, 633 (2020).
- JÓNASDÓTTIR, R. J. et al. Recuperação psicológica após terapia intensiva: resultados de um estudo quase experimental de longo prazo de acompanhamento estruturado por enfermeiros. **Enfermagem de Cuidados Intensivos e Críticos**, [S.L.], v. 44, p. 59-66, fev. 2018.
- JUNIOR, A. P. N. Sedação leve profunda e saúde mental após UTI. **Critical Care Medicina**. 2009.
- LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008.
- MAJOR, M. E. et al. Sobrevivendo à doença crítica: o que vem a seguir? Uma declaração de consenso de especialistas sobre reabilitação física após a alta hospitalar. **Cuidados Críticos**. v. 20, n. 1, 2016.
- OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 22, p. 30-41, 2002.
- PAUL, N. et al. A Decade of Post-Intensive Care Syndrome: a bibliometric network analysis. **Medicina**, [S.L.], v. 58, n. 2, p. 170, 23 jan. 2022.
- PEREIRA, S. et al. Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, p. 28-34, 2018.
- PROENÇA, M. O. *et al.* Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011.
- ROBINSON, C. C. et al. Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, p. 405-413, 2019.
- ROCHA, J. M. N. et al. Oferta de proteína durante a permanência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e desfechos físicos em longo prazo em crianças e adolescentes após alta hospitalar: uma revisão narrativa. 2022.

SANTOS, H. V. D.; ARAUJO, I. S. Impacto do aporte proteico e do estado nutricional no desfecho clínico de pacientes críticos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 210-216, 2019

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 224-232, 2010.

CAPÍTULO IV

CANDIDÍASE INVASIVA EM PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/amplla.tie341.1122-4

Giovana Paula Caetano ¹
Andressa Ferreira Andrade ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Luísa Babilônia Barcelos ¹

¹ Graduandas em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A candidíase invasiva é conhecida por ser uma infecção fúngica associada ao Cuidado de Saúde (IFACS), nomeada como candidemia, importante dentro do cenário da terapia intensiva. Apresenta importante mortalidade, 30 a 40% e está associada ao prolongamento do tempo de internação e aumento dos custos hospitalares. É uma infecção com inúmeros fatores de risco, como a condição imunológica do paciente. A *Candida spp.* é o principal agente etiológico. Pode ter etiologia endógena – via translocação da microbiota do trato gastrointestinal à corrente sanguínea – ou exógena – através de profissionais, dispositivos invasivos -. A clínica irá favorecer o diagnóstico e esse poderá orientar o tratamento adequado e individualizado para cada paciente. É necessário, para se estar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), compreender o tema e se manter atualizado visando o diagnóstico eficiente e o mais precoce possível para o melhor tratamento disponível.

Palavras-chave: Candidíase invasiva. Terapia intensiva. *Candida spp.* Infecção

1. INTRODUÇÃO

Em uma unidade de terapia intensiva (UTI) o risco de contrair infecções pode aumentar de acordo com as condições dos pacientes e os procedimentos realizados. A internação em UTI pode provocar alterações que modificam a microbiota e facilitam as infecções fúngicas (SIQUEIRA, 2014). Uma das principais infecções fúngicas que acomete os pacientes é a candidíase. Os agentes etiológicos mais frequentes são *Candida albicans*, mas também podem ocorrer infecções com outras espécies, como *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata* e *Candida krusei* (TORRES, 2002).

Clinicamente, a candidíase manifesta-se sob formas agudas, crônicas ou mucocutâneas. O diagnóstico é realizado por meio de dados clínicos e exames

laboratoriais, sendo que o tratamento geralmente é realizado com antifúngicos tópicos, nos pacientes imunocompetentes (NETO, 2005). Existem fatores de risco que contribuem para a infecção e colonização por *Candida*, como extremos de peso, estrutura imatura da pele, tempo de internação, uso prolongado de antimicrobianos, inserção de cateter venoso central, nutrição parenteral, ventilação mecânica, uso de esteroides e colonização fúngica preexistente (BORGES, 2009).

As principais hipóteses relacionadas ao mecanismo de infecção são de que a origem seja endógena, pela translocação do patógeno através da mucosa do trato gastrointestinal. Sendo assim, variáveis que provoquem desequilíbrio da microbiota ou lesão da mucosa gastrointestinal podem facilitar a translocação da *Candida* do lúmen intestinal para os capilares mesentéricos (COLOMBO; GUIMARÃES, 2003).

Dessa maneira, no ambiente assistencial invasivo da UTI, que é necessário ao atendimento das condições, os pacientes estão mais propensos a contrair tais infecções, sendo que as repercussões impactam no prolongamento da permanência no hospital, demora da recuperação e também agravamento do quadro, além de aumentar os custos financeiros do estado com o setor de saúde, configurando-se um problema de saúde pública (FREIRE, 2013). Apesar dos inúmeros avanços que são observados nas últimas décadas no controle das infecções na UTI, ainda existem desafios para atribuir estratégias para o enfrentamento dessas infecções. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as infecções por *Candida* em pacientes internados na UTI e promover estratégias para superá-las.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca da ocorrência de candidíase invasiva em pacientes críticos internados nas unidades de terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “candidíase”, “terapia intensiva”, “infecção hospitalar”, e em inglês: “candidiasis”, “intensive care”, “hospital infection”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2002 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 11 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As infecções relacionadas à assistência à saúde são aquelas adquiridas pelo paciente durante sua internação hospitalar ou ainda após sua alta, desde que relacionadas com sua internação, sendo uma manifestação frequente no paciente grave. Essas infecções acometem principalmente pacientes internados na unidade de terapia intensiva que tenham condições predisponentes para a infecção. As infecções podem ser provocadas por diferentes tipos de microrganismos, incluindo os fungos (BAPTISTA et al., 2020). O diagnóstico de infecções fúngicas associadas ao Cuidados de Saúde (IFACS) aumentou significativamente nos últimos tempos devido aos avanços no suporte intensivo, (como a alimentação parentérica, a utilização de catéteres venosos centrais e técnicas de substituição da função renal), as técnicas cirúrgicas e as estratégias profiláticas (MENDES, 2012).

Os pacientes neutropênicos são muito suscetíveis às infecções fúngicas, uma vez que as infecções fúngicas têm, no neutrófilo, o principal mediador da imunidade inata. Os neutrófilos liberariam fatores fungicidas, como as substâncias oxidantes e enzimas lisossomais. Além disso, os macrófagos também atuam sobre os fungos (DAVID, 2014).

A *Candida spp.* é o agente mais frequente e é responsável por 6 a 11% de todas as IFACS, sendo que um terço destas infecções ocorrem em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. A candidíase invasiva, causada por esse

patógeno, é definida como infecções de corrente sanguínea ou de tecidos profundos causadas por *Candida spp.*, sendo uma condição grave, cuja incidência vem aumentando na maioria das regiões do mundo, especialmente em pacientes críticos (ROCHA; CARVALHO; MAGALHÃES, 2019).

As infecções por esse patógeno geralmente iniciam-se nas mucosas e acredita-se que a imunidade celular previna sua invasão nos tecidos. O gênero *Candida* coloniza o trato gastrointestinal (TGI) normal de mais de 80% da população adulta saudável, sendo a translocação a partir do TGI a principal porta de entrada para o desenvolvimento de candidemia (aquisição endógena). Eventualmente, pacientes podem adquirir candidemia por via exógena, a partir da colonização de cateteres vasculares em posição central e/ou da administração de soluções contaminadas (DAVID, 2014). Apesar dos valores diferirem significativamente entre autores, é estimada para estas infecções uma mortalidade de 30 a 40%. Associam-se, ainda, ao prolongamento do tempo de internamento e ao aumento dos custos hospitalares (ROCHA; CARVALHO; MAGALHÃES, 2019).

3.1. FISIOPATOLOGIA DA CANDIDÍASE INVASIVA

A *Candida spp.* faz parte da flora endógena de cerca de metade da população saudável e a quase totalidade de infecções invasivas por esta levedura tem origem endógena. É preciso, como pré requisito do desenvolvimento da CI, que haja colonização. A colonização, definida como a presença de leveduras em locais não estéreis, desenvolve-se após alterações na flora endógena permitindo o sobrecrecimento na superfície da pele e mucosas (MENDES, 2012).

As infecções hospitalares fúngicas podem advir de microrganismos provenientes da própria microbiota (origem endógena) com proliferação ou mudança do sítio da levedura, induzidas por algum fator predisponente do hospedeiro ou do fungo. A infecção também pode ocorrer pelos fungos que chegam ao paciente a partir de fontes externas, tais como mãos dos profissionais de saúde, cateteres, sondas e sistema de climatização do hospital (origem exógena) (BAPTISTA et al., 2020).

As infecções causadas por leveduras do gênero *Candida* são denominadas candidíase ou candidose. As micoses causadas por esses fungos mostram uma grande variedade de apresentações clínicas, classificando-se naquelas superficiais,

com acometimento cutâneo e mucoso, e nas infecções profundas, disseminadas, de alta gravidade, como é o caso da candidemia (BAPTISTA et al., 2020).

A candidemia é uma infecção da corrente sanguínea causada por leveduras do gênero *Candida*, que pode se desenvolver tanto na presença de oxigênio quanto em anaerobiose. As espécies mais comumente isoladas em amostras de sangue de pacientes hospitalizados são a *Candida albicans* e *Candida glabrata*, sendo de crescente preocupação na UTI. Durante o processo de estabelecimento da candidemia, a levedura expressa diversos fatores de virulência, fator contribuinte para a sua patogênese. Entre esses fatores, destacam-se produção de enzimas extracelulares, dimorfismo, síntese de hemolisinas, capacidade de adesão e formação de biofilme (PALUCHOWSKA et al., 2019).

Os principais fatores de virulência das leveduras são: capacidade de expressão de enzimas extracelulares, fosfolipases e proteinases, que degradam os tecidos do hospedeiro; produção de substâncias tóxicas que causam lesão celular; capacidade de adesão a células e tecidos; formação de biofilmes (convívio em comunidade) sobre células e superfícies inanimadas, produção de hemolisinas; hidrofobicidade da superfície celular e resistência ao peróxido de hidrogênio (ROCHA; CARVALHO; MAGALHÃES, 2019).

Entre as principais enzimas produzidas tanto por *C. albicans* quanto não *albicans* estão as proteinases e fosfolipases. Considerando-se a instalação e o desencadeamento do processo infeccioso, a capacidade de adesão torna-se mais relevante. Já o biofilme é constituído por um conjunto de micro-organismos distintos que convivem em associação. Existem benefícios na formação dessas comunidades, como a maior proteção contra as defesas imunes do hospedeiro e a ação de antimicrobianos, o que favorece o estabelecimento do processo patogênico. As proteinases degradam colágeno, queratina e peptídeos localizados na superfície de mucosas, possuindo atividade proteolítica. Ainda podem atuar sobre imunoglobulinas, complemento e citocinas, componentes do sistema imunológico, facilitando a invasão das leveduras aos tecidos do hospedeiro (ROCHA; CARVALHO; MAGALHÃES, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo tamanha repercussão maléfica nos centros de terapia intensiva, a candidíase invasiva necessita fazer parte dos estudos dos profissionais que lá trabalham. Dessa forma, o diagnóstico assim como o tratamento podem ser mais precoces e efetivos, o que poderia melhorar a epidemiologia, quando mortalidade. Além do estudo continuado acerca do tema por parte dos profissionais, medidas dentro dos centros para diminuir a transmissão exógena também teriam um efeito benéfico na epidemiologia. Destarte, não só protegendo os pacientes, mas assim como todos que então trabalhando na terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, K. C. C. et al. Infecções hospitalares por candida sp. em pacientes internados em UTI. **RGS**, v. 22, n. 2, p. 66-81, 2020.
- BORGES, R. M. et al. Fatores de risco associados à colonização por Candida spp em neonatos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. v. 42, n. 4, 2009.
- COLOMBO, A. L., GUIMARÃES T. Epidemiologia das infecções hematogênicas por *Candida* spp. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 6, p. 599-607, 2003.
- DAVID, C. M. N. Infecção em UTI. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 31, n. 3, p. 337-348, 2014.
- FREIRE, I. L. S. et al. Epidemiologia das infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Atenção à Saúde**, n. 35, jan./mar. 2013.
- MENDES, J. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Candidíase Invasiva em Doentes Adultos Não-Neutropênicos Internados em Unidades de Cuidados Intensivos. **RPDI-Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas**, v. 8, n. 2, 2012.
- NETO et al. Candidíase Bucal. **Saúde**; v. 31, p. 16-26, 2005.
- PALUCHOWSKA et al. Epidemiologia molecular de cepas de Candida albicans e Candida glabrata isoladas de pacientes de unidade de terapia intensiva na Polônia. **MEM INST OSWALDO CRUZ**, v. 109(4) DE JUNHO DE 2014

ROCHA, M. A. R.; CARVAHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. A importância da higienização oral em recém-nascidos mantidos em Centro de Terapia Intensiva (CTI) neonatal: uma abordagem sobre candidíase invasiva. **Revista Uniabeu**, v. 12, n. 32, 2019.

SIQUEIRA, J. S. S et al. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Odontol.** [online]. v.71, n.2, p. 176-179, 2014.

TORRES et al. Relationship between salivary flow rates and Candida counts in subjects with xerostomia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.** v. 93, n. 2, p. 149-54, 2002.

CAPÍTULO V

SENTIMENTOS DA MATERNIDADE DIANTE DA INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-5

Alynne Maria de Brito Medeiros ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Júlia Fernandes Nogueira ¹
Thaynara Camilo Silva de Souza ¹

¹ Graduandas em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A ansiedade acerca do nascimento de um filho é um dos principais sentimentos que acompanham a mulher durante a gestação. Há uma pressão social intrínseca depositada sobre a vida das mulheres em relação à maternidade e, por isso, quando o período gestatório não termina como o esperado, ocorre um grande impacto no ambiente familiar e, principalmente, na relação mãe-bebê. A alta complexidade de procedimentos realizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) restringe os horários de visita e contato físico tão esperado pela gestante e, por isso, a internação de um recém-nascido (RN) na UTI neonatal demanda a reorganização de uma nova rotina para a família do neonato. Dessa forma, a dinâmica familiar é alterada e desperta diversos sentimentos na puérpera, como ansiedade devido a separação precoce, fracasso, insegurança, preocupação e diminuição ou até mesmo ausência de confiança na capacidade de cuidar do seu filho. Ademais, ressalta-se que o estigma existente em relação ao ambiente de terapia intensiva exacerba o sentimento de incerteza e medo referente ao desfecho com a possibilidade de óbito da criança. Essa experiência vivenciada pela mãe pode desencadear o surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade, fadiga e distúrbios do sono afetando o vínculo familiar. Com isso, nota-se que a hospitalização de um RN impacta as expectativas idealizadas diante do nascimento do filho. Dessa forma, a comunicação da equipe multidisciplinar do hospital com a família do bebê é de extrema importância para a construção de autonomia da família.

Palavras-chave: Maternidade. Internação. Terapia Intensiva. Recém-nascido. Dinâmica familiar.

1. INTRODUÇÃO

Para além das inovações contraceptivas e das conquistas nas relações de gênero, assim como os derivados reflexos frente às esferas familiar e trabalhista, a maternidade ainda parece ser genericamente descrita como um fenômeno biológico estruturador da identidade feminina. Diante desse panorama, denota-se que a

maternidade, embora também considerada como uma opção, ainda se respalda por esquemas de pensamento tradicionais, construídos e ressignificados (BARROS & TRINDADE, 2007). A pressão social para a maternidade, embora às vezes imperceptível, se pauta em vários argumentos ancorados principalmente na condição biológica da mulher, mas, quando a gestação não se dá como o esperado, o que é acometido no ambiente familiar?

Em grande parte das vezes, o recém-nascido é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ambiente que propicia uma experiência ao neonato bastante diferente do ambiente uterino, uma vez que este é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal (REICHERT; LINS & COLLET, 2007). Entretanto, a experiência da hospitalização de um bebê em UTI para as mães e familiares é um momento difícil, podendo resultar em crise, pois coloca-os diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros. Esta situação, muitas vezes, provoca na família a necessidade de reorganização para atender a nova rotina, por vezes, desanimadora (LIMA & SMEHA, 2019).

Para além das inúmeras dimensões vivenciadas pelas mães do neonato em UTI, a equipe de profissionais que trabalha na UTI também é submetida a vários estímulos estressantes. Há exigência crescente de eficiência e atualização de conhecimentos. É necessário ter habilidade de relacionamento, bem como segurança na execução de técnicas. Dessa forma, todos os contextos de inserção das mães em tal ambiente, excepcionalmente, conferem à situação certo grau de ansiedade e exaustão (REICHERT; LINS & COLLET, 2007). Por isso, será abordada nessa obra as concepções referentes ao sentimento da maternidade diante da internação do neonato em terapia intensiva, procurando estabelecer desafios e aprendizados referentes ao âmbito.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca dos sentimentos da maternidade diante da internação do recém-nascido na terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic*

Reviews (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*terapia intensiva*”, “*maternidade*”, “*UTI neonatal*”, “*prematuridade*”, “*recém-nascido*”, e em inglês: “*intensive care*”, “*maternity*”, “*neonatal ICU*”, “*prematurity*”, “*newborn*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2017 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 14 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Define-se como neonatal período que compreende de 0 a 28 incompletos de vida pós-parto e trata-se da fase mais vulnerável para a sobrevivência humana. A taxa de mortalidade infantil é um indicador para avaliar o índice de qualidade de vida, considerando a análise do desenvolvimento socioeconômico ao longo dos anos e a efetividade do acesso da população aos serviços de saúde (COSTA et al., 2018). Estudo ecológico realizado por meio da análise temporal dos óbitos neonatais ocorridos no Brasil, obtidos através das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no período de 2007 a 2017 demonstrou tendência decrescente da mortalidade neonatal no país (BERNADINO et al., 2022).

Contudo, apesar dessa diminuição, o alto índice de mortalidade neonatal ainda é considerado um problema de saúde pública no Brasil, tendo como principais causas a ausência de assistência ao pré-natal, más formações congênitas, parto pré-

mature, baixo peso ao nascer, asfixia ao nascimento e atenção inadequada ao recém-nascido nas unidades neonatais resultando em óbitos por infecções (YISMAW; TAREKEGN, 2018). Nesse contexto, a Unidade Neonatal tem como finalidade ofertar o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido (RN) grave ou potencialmente grave, com intuito de promover ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal. Os cuidados especializados nesses locais são regulamentados pelo Ministério da Saúde, que recomenda uso de medidas para promoção da ambiência como a diminuição da luminosidade e excesso de ruídos, incentivo de visitas familiares e uso de medidas menos invasivas para alívio da dor (LUZ et al., 2022).

Entretanto, devido à alta complexidade do atendimento realizado nesses locais destinados a paciente em situações de saúde críticas, as normas regulamentadoras são mais restritas, tais como horário de visitas e contato físico. Essas são medidas adotadas para evitar infecções intrahospitalares, pois trata-se de pacientes com sistema imunológico imaturo, ou seja, em fase de desenvolvimento (LUZ et al., 2022).

Dessa forma, a hospitalização do neonato resulta na alteração na dinâmica familiar, sobretudo em relação ao binômio mãe-bebê, pois a limitação do contato físico com mãe, na maioria das vezes, é responsável por desencadear inúmeros sentimentos como ansiedade devido a separação precoce, fracasso, insegurança, preocupação e diminuição ou até mesmo ausência de confiança na capacidade de cuidar do seu filho (MORAIS; GUIRARDI; MIRANDA, 2020).

Na maioria das vezes, há uma sobrecarga da puérpera, pois permanece em tempo integral durante a internação do neonato, devido à falta de rede familiar na cidade e as dificuldades de revezamento com o pai, pois a legislação brasileira oferta apenas cinco dias de licença paternidade, fato este que impossibilita o acompanhamento da internação pelo pai em período integral, o que contribui para o aumento do estresse familiar nesse período (KEGLER et al., 2019).

O estresse familiar e o estigma associados as unidades de cuidados intensivos aumentam a vulnerabilidade emocional da família. Isso, porque há inúmeros sentimentos envolvidos, como a incerteza e medo relacionado ao desfecho com a possibilidade de óbito da criança. Além disso, a falta de estrutura, ruídos provenientes de alarmes que interferem na qualidade do sono, cansaço constante e

falta tempo para seu cuidado individual são fatores que contribuem para o agravamento da condição psíquica da mãe (SANTOS et al., 2017).

Estudo descritivo realizado com pais de recém-nascidos internados na UTIN demonstrou entre as situações consideradas estressantes, os pais/mães relataram que os agentes mais agravantes estavam correlacionados com o sentimento de separação, incapacidade de proteger o RN de procedimentos dolorosos, não saber como fornecer ajuda e a presença de suportes médicos de auxílio (KLEGER et al., 2019).

Somado a isso, tem-se a interrupção do aleitamento materno direto quando a criança está em uso de dispositivos médicos tais como suportes respiratórios, de alimentação, colares cervicais, adesivos, entre outros. Nesses casos, a amamentação não é realizada pela sucção da mama, sendo ofertada através de seringas ou sondas após extração manual do leite. Essa situação compromete ainda mais o estado emocional da mãe, pois o contato pele a pele obtido através da amamentação contribui para o bem-estar psíquico, emocional e cognitivo da genitora e a ausência resulta na maior dificuldade do vínculo entre mãe e neonato (CAVALCANTI; KAMADA, 2020; ARRUDA et al, 2019).

Sendo assim, a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) promove a associação de perdas maternas, relacionadas às supressões das expectativas idealizadas diante do nascimento do filho e às restrições de função devido à situação. Além disso, acentua o sentimento de inutilidade, pois o protagonismo do cuidado é substituído pela observação, visto que, há uma equipe profissional responsável por prestar assistência contínua durante esse período (RODRIGUES; FERNANDES; MARQUES, 2020).

Dados esses que corroboram com estudo clínico-qualitativo realizado em um hospital universitário, demonstrou que a ausência de compreensão da situação, interação e comunicação efetiva com a equipe profissional, associada ao desconhecimento das normas e rotinas da unidade intensiva, aliado à insegurança da maneira que pode participar na recuperação do filho, são condições que contribuem para o agravamento do sentimento de impotência, provocando o distanciamento familiar (VERONEZ et al., 2017).

Dessa forma, é de suma importância que o profissional de saúde realize uma comunicação efetiva com a família, esclarecendo as dúvidas existentes e promovendo o acolhimento. Nesse sentido, a postura profissional impacta

diretamente na experiência da família durante a internação hospitalar do neonato e a adoção de uma postura acolhedora com escuta ativa e diálogo, contribuem para construção de autonomia da família, que passa a sentir-se capazes de cuidar do filho (SANTOS et al., 2017).

Pesquisas demonstram que o bem-estar da família, sobretudo da mãe puérpera, favorece o processo de adaptação da maternidade, que consiste no estabelecimento do vínculo afetivo por meio do cuidado e acolhimento do filho. Isso, porque um ambiente mais agradável contribui para permanência da mãe na UTIN, e, conseqüentemente fortalece o vínculo entre mãe e neonato, sendo assim, é imprescindível discutir sobre a função das instituições de saúde nesse processo, pois devem investir em infraestrutura, com intuito de oferecer locais de ambiência familiar e conforto durante casos de internação (GOMES; SANTOS, 2020).

Os efeitos do trauma relacionado à internação neonatal na unidade intensiva pode dificultar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança ao longo da vida pós hospitalização, que necessita de um ambiente facilitador. O estresse vivenciado pela mãe pode desencadear o surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade, fadiga e distúrbios do sono afetando o vínculo familiar ou oposto, ou seja, desenvolvimento uma postura de excesso nos cuidados do filho, aderindo condutas não condizentes a idade cronológica da criança, permanecendo em estado de alerta devido trauma inicial (SOARES, 2018).

Assim, o apoio multiprofissional para família é essencial durante o período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pois trata-se de uma experiência única, em que mãe se encontra em vulnerabilidade emocional com repercussão ao longo da vida, situação essa que se torna mais difícil quando há vulnerabilidade socioeconômica. Sendo assim, os profissionais da saúde devem atuar como facilitadores nesse processo (CAVALCANTI; KAMADA, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização de um neonato na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) afeta toda a rotina e dinâmica familiar. A mãe da criança, de uma forma geral, é a pessoa mais atingida por essa experiência. Isso acontece, principalmente, porque as expectativas criadas acerca do nascimento do filho serão suprimidas pela nova realidade enfrentada decorrente do estado de saúde da criança. Frequentemente,

ocorre uma sobrecarga física e mental da puérpera que, quase sempre, passa a dedicar todo seu tempo ao neonato, além de não conseguir manter uma rede de apoio estável e um revezamento com o pai do bebê, devido a licença paternidade ser apenas de cinco dias. Ademais, ressalta-se que a internação em uma UTIN é uma experiência traumática que pode desencadear problemas a longo prazo, como quadros de depressão maior, transtornos de ansiedade e distúrbios do sono, fatores que influenciarão na dinâmica familiar.

A internação também provoca sentimentos de insuficiência e ansiedade, relacionada ao fato de não poder estar com o filho e ajudar diretamente nos procedimentos médicos que o neonato é submetido diariamente. Por isso, o comportamento da equipe profissional é de extrema relevância na forma como a família do bebê irá vivenciar esse momento. A equipe responsável deve se manter em uma posição aberta de diálogo e acolhimento, visto que isso auxilia a construção de uma autonomia familiar que irá repercutir na maneira como a mãe se sente em relação a criação da criança.

Sendo assim, a forma como essa situação é experienciada inclui o jeito como a família é tratada enquanto o recém-nascido está internado, a ajuda que a puérpera receberá de sua rede de apoio e o processo de estabelecer um vínculo saudável de mãe-filho. Esses três fatores, quando realizados de formas adequadas, atuam como agentes facilitadores do processo de hospitalização de um bebê na UTIN.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, C. P. et al. Reações e sentimentos da família frente à internação do recém-nascido na unidade neonatal. **REAS/EJCH**. v.11, n.15. p. 1-9. 2019.
- BARROS, S. M. M., TRINDADE, Z. A. Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 8, n. 2, p. 253-269, 2007.
- BERNADINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.27, n.2, p. 567-578. 2022.
- CAVALCANTI, E. C; KAMADA, I. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico em adultos: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. v. 29, e20180371. p. 1-14. 2020.
- COSTA, P. et al. Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n.6, p. 2961-8. 2018.

- GOMES, T. R. A.; SANTOS, F. O. A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: Um olhar Winnicottiano. **REAS/EJCH**. v.12, n.2, e2422, p. 1-8. 2020.
- KEGLER, J. J. et al. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Esc Anna Nery**. v.23, n.1, e20180178, p. 1-6. 2019.
- LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. A experiência da maternidade diante da internação do bebê em uti: uma montanha russa de sentimentos. **Revista Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 1-14, 2019.
- LUZ, S. C. L. Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm**. v.75, n.2, e20201121, p. 1-8. 2022.
- MORAIS, A. C.; GUIRARDI, S. N.; MIRANDA, J. O. F. Práticas de aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev baiana enferm**. v.34, e35643. p.1-11. 2020.
- REICHERT, A. P. S., LINS, R. N. P., COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]**; v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.
- RODRIGUES, J. I. B.; FERNANDES, G.C.; MARQUES, G.F.S. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. **Saúde Soc. São Paulo**. v.29, n.2, e190395, p.1-14. 2020.
- SANTOS, L. F. et al. Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**. v.26, n.3, e1260016. p. 1-10. 2017.
- SILVA, E. M. P. et al, Impacto da implantação da Rede Cegonha nos óbitos neonatais. **Rev Enferm UFPE**. v.13, n.5, p. 1317-1326. 2019.
- SOARES, F. M. P. Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: contribuições winnicottianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária. **Nat. hum.** v. 20, n. 2, p. 71-79, dez. 2018.
- VERONEZ, M. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n.2, e1444, p. 1-8. 2017.
- YISMAW, A. E.; TAREKEGN, A. A. Proportion and factors of death among preterm neonates admitted in University of Gondar comprehensive specialized hospital neonatal intensive care unit, Northwest Ethiopia. **BMC Research Notes**. v.11, n.1, p. 567-578, 2018.

CAPÍTULO VI

CANSAÇO MENTAL E FÍSICO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-6

Flávia Garcia Freitas ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Laura Cecília Santana e Silva ¹
Michelly Martins Nagai ¹

¹ Graduandas em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes hospitalares que envolvem uma grande sobrecarga de estresse aos profissionais, o que ocorre devido à alta complexidade do serviço prestado, às extensas horas de trabalho e a grande demanda emocional envolvida no cuidado de pacientes em estado crítico. Além disso, a rotina de serviço exige precisão, rapidez e grande controle emocional, resultando em elevado nível de exigência. Todo esse contexto é responsável por um intenso cansaço físico e mental dos profissionais intensivistas, o que gera distúrbios fisiológicos, como insônia, dispepsia e cefaleia, e também psicológicos, como ansiedade e depressão. Assim, o número de diagnósticos de Burnout entre intensivistas é crescente, revelando a necessidade de melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores em vista de evitar que o estresse impacte na qualidade do serviço prestado, pois é evidente que a sobrecarga física e emocional nesses ambientes é responsável por inúmeros impactos na saúde.

Palavras-chave: Emocional. Terapia intensiva. Profissionais de saúde. Cansaço.

1. INTRODUÇÃO

Profissionais que trabalham em ambiente hospitalar lidam diariamente com diversas situações estressantes como longas jornadas de trabalho, sobrecarga emocional e o risco biológico inerente às instituições hospitalares (PASCOAL et al., 2019). O aumento da demanda por cuidados em saúde nos últimos tempos, sobremaneira após a pandemia da COVID-19 nos dois últimos anos, vem contribuindo ainda mais para o desgaste emocional e físico dos trabalhadores da área da saúde (FREITAS et al., 2021). Nesse contexto, é crescente o número de profissionais que vêm apresentando comprometimento de sua saúde física e mental,

sobretudo aqueles que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (PASCOAL et al., 2019).

A UTI é o local com maior concentração de avanços tecnológicos e recursos humanos capacitados para lidar com pacientes críticos. A rotina diária dos profissionais intensivistas requer conhecimento e habilidades técnicas precisas, atenção, controle emocional e raciocínio rápido, uma vez que, na maioria das vezes, exige decisões e procedimentos que vão repercutir diretamente na sobrevivência do paciente (SÃO PEDRO et al., 2022). Dessa forma, a UTI é um dos setores de trabalho mais exaustivos e agressivos do hospital. A maioria dos profissionais trabalha sob tensão e alerta e não estabelece relações interpessoais e de comunicação adequadas com os colegas. Esses fatores, somados aos horários de trabalho rígidos, ao nível elevado de ruídos dos aparelhos no ambiente e à ansiedade dos familiares dos pacientes, muitas vezes culminam no esgotamento físico e mental de tais profissionais (PASCOAL et al., 2019).

Muitos trabalhadores intensivistas, frente ao estresse físico e emocional, desenvolvem sinais e sintomas de alterações psicológicas e fisiológicas como insônia, tensão muscular, fadiga crônica, cefaleia, problemas cardiovasculares, dispepsia, ansiedade e depressão (SÃO PEDRO et al., 2022). Tudo isso contribui para a redução da eficiência do trabalho realizado. Sendo assim, o número de diagnósticos de síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão e menor eficácia profissional, entre intensivistas vem crescendo e pode trazer prejuízos não só ao bem-estar do profissional, mas também à saúde do paciente (PASCOAL et al., 2019). Alguns estudos mostram que alguns fatores como sexo feminino, profissionais jovens, poucos anos de experiência profissional na área e elevada carga horária estão associados ao desenvolvimento de síndrome de Burnout em profissionais envolvidos no cuidado intensivo (FISCHER et al., 2020; SÃO PEDRO et al., 2022).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo destacar os fatores associados ao cansaço físico e mental dos profissionais da área de terapia intensiva, enfatizando quais medidas podem ser úteis para impedir ou amenizar esse quadro a fim de melhorar sua qualidade de vida e a assistência prestada aos pacientes.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca do cansaço mental e físico dos profissionais da área de terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*terapia intensiva*”, “*Burnout*”, “*cansaço*”, “*profissionais*”, “*Covid-19*”, “*estresse*”, e em inglês: “*intensive care*”, “*Burnout*”, “*fatigue*”, “*professionals*”, “*Covid-19*”, “*stress*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2018 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 7 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com as atuais formas de organização do trabalho e a reestruturação produtiva, constatou-se enorme incremento da produtividade e intensificação deste, tornando o ambiente de trabalho gerador de novos riscos, resultando em maior exigência e sobrecarga para os profissionais. As mudanças se caracterizam por aumento do ritmo de trabalho, longas jornadas, pressão de tempo, repetitividade e monotonia das tarefas, conflitos interpessoais, isolamento social, ausência do poder de decisão, bem como maior controle da força de trabalho. Sendo assim, as exigências de trabalho, atreladas às condições individuais do trabalhador,

podem repercutir negativamente em sua saúde física e mental (CARDOSO et al., 2019).

Essas mudanças de organização do trabalho têm influenciado também as instituições hospitalares e, com isso, nota-se a alteração dos parâmetros relacionados ao ritmo e à jornada de trabalho, além dos aspectos inerentes a cada indivíduo, como pressão, conflito interpessoal e outros, os quais repercutem na saúde física e mental dos profissionais que atuam nos hospitais. As unidades de terapia intensiva são áreas hospitalares restritas, especializadas que são caracterizadas pela complexidade, por ser um ambiente fechado, organizado e bastante dinâmico haja vista o fluxo controlado de pessoas. Logo, é um local que exige um alto padrão de qualidade e uma diversidade grande de profissionais especializados.

Ademais, as unidades de terapia intensiva (UTI's) consistem em local destinado a pacientes com quadro clínico grave ou com altos riscos de morte, que carecem de uma assistência médica específica e qualificada, de equipamentos tecnológicos adequados, bem como de se manter em observação e monitoração constante. Com isso, é normal que seja local de forte estresse, tanto familiar, quanto do paciente e do médico que acompanha o caso (JÚNIOR, ALENCAR, NOBRE, 2018).

O ambiente de trabalho e as suas condições interferem diretamente na saúde do trabalhador. Isso acontece também com os profissionais de medicina das UTI's, haja vista que o ambiente laboral no qual ele está inserido é caracterizado por recursos tecnológicos como monitores, ventiladores mecânicos, bombas de infusão e oxímetros, com seus alarmes visuais e sonoros, que são imprescindíveis para o processo de trabalho, alertando a equipe sobre as alterações clínicas do paciente e inadequado funcionamento dos próprios aparelhos (PASCOAL, 2019). Porém a composição das salas de UTI acaba sendo uma fonte de estresse pela quantidade de informações vindas dos aparelhos em forma luminosa ou sonora, o que é chamado de poluição visual e auditiva.

Ademais, nesse ambiente os profissionais estão expostos a situações de vulnerabilidade e dor, sofrimento e risco de morte, com uma carga emocional pesada. Além do sistema de trabalho que é sob regime de plantão, sendo todos esses fonte de estresse e cansaço. Segundo Cardoso et al. (2019), falta de repouso no cotidiano dos profissionais de saúde pode levar ao desenvolvimento da insônia, irritabilidade, cansaço, falta de energia para desempenhar suas atividades no

ambiente de trabalho, alterações essas que podem contribuir para o aumento de acidentes de trabalho e consequências graves aos pacientes.

Ainda há os plantões noturnos, os quais exigem maior adaptação do trabalhador, pela alteração do ciclo sono-vigília. Como decorrência, tem-se diminuição do desempenho em resposta às alterações corporais por falta de repouso no período noturno. Isso corrobora para a possibilidade de lesões físicas e para o desenvolvimento de distúrbios mentais, pois sabendo da importância do sono para garantia da saúde das pessoas, a falta do descanso poderá acarretar sérios problemas de saúde dos profissionais devido ao excesso da jornada de trabalho e turno ocasionado muitas vezes por baixa remuneração salarial (CARDOSO et al., 2019).

Tal fato se deve à diferença da qualidade e da capacidade reparadora do sono diurno quando comparado ao noturno, pois a privação de sono noturna em razão dos plantões gera, de acordo com Cardoso et al. (2019), consequências no padrão do sono, trazem prejuízo na memória, aumento da irritabilidade, alterações metabólicas, endócrinas, imunológicas, causando quadros hipertensivos, cansaço, náuseas, dores de cabeça, ardência nos olhos, visão turva, dores articulares e diminuição da libido.

Assim, o serviço noturno tem grande interferência no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois é um ritmo muito acelerado e com grande sobrecarga de atividades, além de ser causador de alteração no metabolismo gerando stress, insatisfação pessoal e profissional, cansaço físico e mental, dessa maneira a rotina dos mesmos sofrem grande abalo na sua vivência profissional e colocando a sua saúde em risco (CARDOSO et al., 2019).

Os diversos vínculos laborais e o excesso de carga horária de trabalho, acompanhado com uma remuneração considerada baixa para o quantitativo e tipo de trabalho prestado, juntamente com o estresse mental ao qual são submetidos em uma UTI, têm se revelado ponto negativo para a saúde mental do profissional da medicina. Principalmente porque costumam trabalhar em jornadas longas de 36 horas ou mais, quase sem conseguir dormir, o que acaba interferindo negativamente em seus estados de humor, na sua vida pessoal e profissional. Esse ambiente de excesso de trabalho e intenso estresse emocional, tem se revelado um facilitador para o desenvolvimento de enfermidades psíquicas (JÚNIOR ALENCAR, NOBRE, 2018).

É perceptível que um quadro clínico que se instaura, muitas vezes, de forma silenciosa e imperceptível, dando origem a transtornos depressivos, síndromes metabólicas, síndrome de Burnot, transtornos mentais, dentre outros; momento em que é perceptível a presença de sintomas de estresse, frustração profissional, dificuldade de concentração e distúrbios cognitivos. O estresse, sem dúvidas, trata-se de elemento potencializador dos sintomas (JÚNIOR ALENCAR, NOBRE, 2018). Isso porque ele põe em risco a qualidade de vida do médico intensivista, repercutindo negativamente na sua atuação profissional. Os momentos de preocupação, tensão, medo e estresse, que os médicos plantonistas de unidades intensivas passam constantemente, chama atenção para serem essas as principais causas do desenvolvimento de enfermidades psicológicas nesses profissionais.

Dessa forma, esses sintomas psíquicos, em conjunto, são referidos como transtornos mentais comuns, caracterizados por como insônia, cansaço extremo, lapsos de memória, irritação, estresse, desconcentração e outras queixas, relacionadas ao desenvolvimento de uma enfermidade mental ocorrida com recorrência no âmbito da atenção primária salutar, sendo este o local em que se encontra as mais quantitativas pessoas com transtornos não psicóticos em comparação com os casos psiquiátricos. Assim, apesar de inicialmente não aparentarem serem graves, dão causa a um quadro situacional de intenso sofrimento, o que, posteriormente, pode dar ensejo a incapacidade e consequente impossibilidade laboral, pois se torna também uma enfermidade física (JÚNIOR ALENCAR, NOBRE, 2018).

A Síndrome de Burnout consiste em momento de esgotamento do profissional, decorrente da exposição excessiva a problemas interpessoais crônicos no ambiente laboral, podendo dá-se em três formas: (i) exaustão emocional, caracterizada pela sensação de esgotamento pelo indivíduo; (ii) despersonalização do profissional, que diz respeito ao desenvolvimento de uma conduta pessoal fria, negativa e insensível, um tanto desumanizada e carregada de hostilidade, intolerância e impessoalidade; e a (iii) ineficácia, que consiste no médico não se sentir realizado profissionalmente, isto porque os portadores da síndrome, em regra, costumam achar que não conseguem atingir seus objetivos profissionais. No meio médico, acomete os profissionais que trabalham com pacientes em situação de risco ou que demandem extrema responsabilidade (OLIVEIRA, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é evidente que o médico intensivista está submetido a um elevado nível de estresse, seja pelo ambiente laboral enfrentado, seja pelos desafios inerentes à prática médica em uma Unidade de Terapia Intensiva, que envolvem não só procedimentos de alta complexidade e que requerem grande capacitação, mas também situações de extremo desgaste físico e emocional.

Torna-se fundamental, assim, dar cada vez mais visibilidade à temática relacionada à saúde mental dos profissionais de terapia intensiva, para que medidas de suporte sejam desenvolvidas na tentativa de diminuir o estresse e a sobrecarga desses trabalhadores, visto que o bem-estar físico, emocional e psicológico é de suma importância para a realização de um serviço de tamanha complexidade.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO, D. C., et al. O impacto de excesso de trabalho e turno na unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 1, n. 35, 2019.
- DE HOLANDA JÚNIOR, Pedro Henrique; DE ALENCAR, Francisca Silva; NOBRE, Juliane de Oliveira Costa. O Trabalho Médico nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e a propensão ao desenvolvimento de Distúrbios Psicológicos. *Revista de psicologia*, v. 12, n. 41, p. 39-51, 2018.
- FISCHER, R., et al. Association of Burnout with depression and anxiety in critical care clinicians in Brazil. *JAMA network open*, v. 3, n. 12, p. 1-12, 2020.
- FREITAS, R. F., et al. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 1, p. 12-20, 2021.
- OLIVEIRA, Vanessa Paula da Sila; SILVA, Heliene dos Reis. Prevalência da Síndrome de Burnout entre profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 17863-17875, 2021.
- PASCOAL, K. P. M. F., et al. Avaliação da qualidade de vida, estresse e saúde mental dos profissionais de saúde das unidades de terapia intensiva. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, v. 6, n.5, p. 19-30, 2019.
- SÃO PEDRO, J. P., et al. Burnout em profissionais de terapia intensiva: um olhar pré e pós-pandemia. *Revista Científica Multidisciplinar*, v. 3, n. 2, p. 1-15, 2022.

CAPÍTULO VII

ABORDAGEM INICIAL FRENTE ÀS INTOXICAÇÕES AGUDAS

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-7

Guilherme de Queiroz Nunes e Silva ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Gabriela Tavares de Jesus ¹
Rafaela Elias Assis Leite ¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A intoxicação aguda é definida como uma situação decorrente do contato com um agente tóxico, em doses consideradas nocivas, e que aparece imediatamente após a exposição ou, no máximo, em um dia. Essa pesquisa tem como foco verificar a relevância do primeiro atendimento em casos de intoxicações agudas, elencando a sua importância na sobrevida e prevenção de complicações. Este é um estudo descritivo do tipo revisão narrativa da literatura, para o qual buscou-se dados em artigos originais, publicados no período de 2001 até 2022. As condições de exposição ao agente tóxico e a dose da substância são fatores que determinam os efeitos lesivos. Em relação a quantidade, DL50, refere-se à dosagem de uma substância química administrada capaz de ser letal em 50% dos animais expostos dentro de 14 dias. Além disso, a sinergia de mais de uma substância pode aumentar ou diminuir os efeitos, sendo que a concentração e a persistência do toxicante no sítio de ação vão determinar a intensidade. Deve-se realizar, de imediato, um breve exame físico para estabilizar o paciente e evitar a piora do quadro. Posteriormente, cabe fazer a anamnese toxicológica específica, com a estratégia dos “5 Ws”, abordando os dados do paciente, o agente tóxico, o horário, o local em que ocorreu e o motivo dessa exposição. A descontaminação deve ser feita conforme o tipo de intoxicação, como a lavagem gástrica com soro a 0,9% ou com solução de polietilenoglicol, a administração de carvão ativado e o uso de antídotos.

Palavras-chave: Intoxicação aguda. Agente tóxico. Descontaminação.

1. INTRODUÇÃO

Uma intoxicação, em sua definição, significa uma condição clínica resultante da exposição de um indivíduo a um agente em doses consideradas tóxicas - processo que nem sempre evidencia sintomas ou sinais. A Secretaria do Estado de Saúde exemplifica ser um conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas (sinais e sintomas) ou laboratoriais que revelam o desequilíbrio orgânico

produzido pela interação entre o agente tóxico com o sistema biológico (CIATOX, 2015).

A intoxicação é um problema que ocorre em todo os países do globo, de maneira que inúmeras pessoas morrem diariamente por esse motivo. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera as intoxicações como um importante agravo de Saúde Pública, que deve ser investigado com consequente geração de informações que fomentem a capacidade dos países para lidar com essa questão (COVISA, 2017).

As intoxicações agudas - principal enfoque dessa pesquisa - são aquelas que aparecem imediatamente após uma exposição única, ou que ocorre, no máximo, em um dia. Elas englobam acidentes com diversas substâncias químicas, como animais peçonhentos e plantas tóxicas, e são regionais, tendo em consideração a existência de animais e de vegetais que podem ser perigosos para os seres humanos, mas que estão presentes apenas em uma localidade e precisam de um antídoto específico para o tratamento. Desse modo, todos as áreas hospitalares necessitam de um conhecimento a respeito dos recorrentes casos de intoxicações na sua própria região, uma vez que o tratamento contra a intoxicação deve ser exclusivo (BRASIL, 2020).

Um atendimento eficiente e rápido, principalmente em casos de intoxicações agudas, tem um papel fundamental na qualidade do tratamento, de forma a poder evitar futuras sequelas e óbitos. Além disso, é importante avaliar e observar o cenário em que possa haver toxicidade imediata ou retardada, bem como administrar estratégias, por exemplo, com antídotos e medicamentos quando indicado, para iniciar descontaminação (COVISA, 2017). Dessa forma, o presente estudo, possui a intenção de, por meio de análises, retratar a relevância do primeiro atendimento em casos de intoxicações agudas, evidenciando o quanto essa abordagem inicial é de primordial importância na sobrevivência e na prevenção de complicações ou sequelas do paciente intoxicado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que discorrer acerca da abordagem inicial das intoxicações agudas. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine*

(PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “intoxicações”, “toxicidade”, “interação medicamentosa”, “substâncias químicas”, “drogas”, “condutas”, “intoxicação exógena”, “estabilização”, “descontaminação”, “antídotos”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2001 a 2022, em português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 10 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. EPIDEMIOLOGIA E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ACERCA DAS INTOXICAÇÕES AGUDAS

No Brasil, embora a dimensão ainda não seja conhecida em sua plenitude, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2010 a 2014, 376.506 casos suspeitos de intoxicação. Deste total, o estado de São Paulo representou 24,5% (n=92.020). A notificação das Intoxicações Exógenas se tornou obrigatória a partir de 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que incluiu a intoxicação exógena (IE) na lista de agravos de notificação compulsória, posteriormente a Portaria GM/MS nº 1271, de 06 de junho de 2014, manteve a IE na lista de doenças e agravos de notificação compulsória e definiu sua periodicidade de notificação como semanal.

A intoxicação Exógena é um dos agravos que compõem a lista nacional de doenças de notificação compulsória, e se constitui em um conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam o desequilíbrio orgânico. A intoxicação por agrotóxicos é de notificação compulsória no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN), conforme a Portaria MS nº 1.271/2014. Ela deve ser notificada semanalmente por meio da ficha de intoxicações exógenas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por profissionais de saúde. As intoxicações exógenas por agrotóxicos são processos patológicos caracterizadas por um desequilíbrio fisiológico, com manifestações variadas de acordo com a classe das substâncias. Pode ser de natureza ocupacional, acidental e suicida.

3.2. CONCEITOS INTRODUTÓRIOS DA INTOXICAÇÃO PAUTADOS NA FARMACOLOGIA

No estudo da toxicologia básica, é de suma importância definir termos chaves sendo estes, utilizados na compreensão das intoxicações agudas, sobretudo quando consideramos uma análise sob o espectro da farmacologia. Nesse sentido, a definição de uma substância perigosa ou um agente perigoso é possuir a capacidade de causar danos em um organismo exposto. Um exemplo esclarecerá este conceito: a estricnina é uma substância química muito tóxica. Quando está dentro de um frasco perfeitamente fechado pode ser manipulada sem que nenhum efeito tóxico seja produzido (SILVA, 2009).

A toxicidade de uma substância química refere-se à sua capacidade de causar danos em um órgão determinado, alterar os processos bioquímicos ou alterar um sistema enzimático. Roupas de proteção e equipamentos de respiração evitam exposição. Todas as substâncias, naturais ou sintéticas são potencialmente tóxicas; em outras palavras, podem produzir efeitos adversos para a saúde em alguma condição de exposição. É incorreto denominar algumas substâncias químicas como tóxicas e outras como não tóxicas. As substâncias diferem muito na toxicidade. As condições de exposição e a dose são fatores que determinam os efeitos tóxicos (KLAASSEN et al., 2012).

Paracelso, no século XVI afirmou: “Todas as substâncias são tóxicas. Não há nenhuma que não seja tóxica. A dose estabelece a diferença entre um tóxico e um medicamento”. Uma informação muito utilizada é aquela denominada Dose Letal 50 – DL50 que é a quantidade de uma substância química que quando é

administrada em uma única dose por via oral, expressa em massa da substância por massa de animal, produz a morte de 50% dos animais expostos dentro de um período de observação de 14 dias (SPRADA, 2013).

É necessário perceber que as medidas de letalidade aguda (DL 50), podem não refletir o espectro de toxicidade ou o perigo associado à exposição a uma substância química. Alguns produtos com baixa toxicidade aguda, podem ter efeito teratogênicos em doses que não produzem nenhuma evidência de toxicidade aguda. A talidomida pode ser considerada um exemplo prático, sintetizada na Alemanha, a partir do ácido glutâmico, como antiemético, sedativo e hipnótico, capaz de induzir sono profundo e duradouro, sem provocar efeitos adversos no dia seguinte e era também considerada de baixa toxicidade (OLSON et al., 2014).

3.3. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E CAPACIDADE DE INTOXICAÇÕES

A interação de substâncias químicas pode ocorrer por meio de diversos mecanismos, como alterações na absorção, nas ligações proteicas, biotransformação e excreção. Além disso, a combinação de substâncias tóxicas pode propiciar efeitos aumentados ou diminuídos. Quando duas substâncias químicas são administradas simultaneamente, pode ocorrer o chamado “efeito aditivo”, representando a soma dos efeitos de cada agente de forma isolada ($2 + 2 = 4$). O “efeito sinérgico” ocorre quando os efeitos combinados de dois produtos, são muito maiores que a soma isoladamente ($2 + 2 = 20$). A “potenciação” ocorre quando uma substância sem efeito tóxico sobre um órgão é adicionada outra substância química tóxica, sendo o resultado final, a exacerbação do efeito deletério ($0 + 2 = 10$). O Isopropanol tem efeito não hepatotóxico, mas ao ser administrado em conjunto com o tetracloreto de carbono, obtêm-se consequência deletérias ao tecido hepático (OLSON et al., 2014).

O “antagonismo” ocorre quando duas substâncias administradas em conjunto interferem entre si. O antagonismo funcional ocorre quando duas substâncias químicas equilibradas, produzem efeitos opostos sobre a mesma função fisiológica. O antagonismo químico ocorre quando a interação entre duas moléculas, propicia a formação de uma terceira com efeito menos tóxico, como soros antiofídicos após a exposição de peçonhas (botrópico, laquético, elapídico e crotálico) (BRUNTON, 2012).

3.4. FATORES DE INFLUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA EXPOSIÇÃO TÓXICA

A intensidade de efeito tóxico depende da concentração e da persistência do toxicante no sítio de ação. O toxicante é uma molécula química que reage com substâncias endógenas específicas e altera de forma significativa o ambiente biológico, estrutural e funcional. A concentração do toxicante depende das interações no sítio-alvo. O aumento da concentração é facilitado pela absorção, distribuição no sítio de ação, reabsorção e toxificação, enquanto a eliminação pré-sistêmica, a distribuição para fora do sítio, a excreção e detoxificação diminuem a concentração do toxicante no alvo (BRUNTON, 2012).

3.4.1. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO E INGESTÃO

As substâncias químicas podem ingressar no organismo por três vias principais: digestiva (ingestão), respiratória (inalação) e cutânea (tópica). Os agentes tóxicos em geral, possuem efeito exacerbado ao ser exposto pela corrente sanguínea. Depois do ingresso, por qualquer destas vias, as substâncias químicas podem ser absorvidas e passar para o sangue, serem distribuídas no organismo todo, chegar a determinados órgãos onde são biotransformados, produzir efeitos tóxicos e posteriormente ser eliminadas do organismo.

Uma forma muito utilizada para classificar as substâncias químicas segundo a toxicidade, está baseada na duração da exposição. Geralmente, os toxicologistas procuram os efeitos da exposição aguda, sub-crônica e crônica, e também tentam entender o tipo de efeito adverso para cada uma destas três exposições (GOLAN et al., 2014).

3.4.2. PROCESSOS DE ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

A transferência do composto químico do sítio de exposição, geralmente para a superfície corpórea interna ou externa, para dentro da circulação sistêmica é chamada absorção. A absorção implica que a substância química atravesse as membranas biológicas. No caso da ingestão de uma substância, esta pode ser absorvida em qualquer parte do trato gastrintestinal. A maior absorção ocorre no intestino delgado passando ao sistema circulatório pela veia porta, sendo, portanto, transportada diretamente ao fígado (BRUNTON, 2012).

No homem e outros animais terrestres, a inalação é a via mais rápida pela qual uma substância química ingressa no organismo. Por exemplo, a inalação do éter etílico, um gás anestésico, que quando chega ao pulmão é absorvido, passa para o

sangue e logo o efeito é observado. A via cutânea é outra forma de ingresso importante. A espessura da pele nas distintas regiões do organismo influi na absorção. Assim, na região do abdômen e do escroto, onde a pele é mais fina, a absorção é mais rápida que em outras onde a pele é mais grossa, como a planta dos pés ou a palma da mão. Fatores que influenciam a absorção incluem concentração do toxicante; área de superfície de exposição; características da camada epitelial ao qual o toxicante está sendo absorvido; a solubilidade lipídica (moléculas lipossolúveis são absorvidas mais facilmente para o citoplasma) (SILVA, 2009).

As bicamadas lipídicas das membranas são impermeáveis à maioria das moléculas polares e aos íons, sendo, entretanto, permeáveis às moléculas das drogas não polares. Essas últimas substâncias, por terem a capacidade de atravessar a camada lipídica das membranas, o fazem porque se dissolvem na gordura, são lipossolúveis. Consequentemente, as drogas lipossolúveis serão facilmente absorvidas. Aquelas que não forem lipossolúveis precisarão de processos especiais para atravessar as membranas biológicas, como, por exemplo, canais hidrofílicos funcionais, formados por proteínas das membranas ou por sistemas específicos de transporte. Além do controle do fluxo de substâncias para dentro e para fora da célula, as membranas são essenciais na intercomunicação celular e, para essa função, possuem receptores que se ligam a diversos tipos de moléculas, como, por exemplo, os neurotransmissores e os hormônios (SPRADA, 2013).

De modo geral, os compostos polares dissolvem-se em solventes polares (água, álcool), mas não se dissolvem em solventes apolares do tipo dos hidrocarbonetos. Os compostos apolares, como era de esperar, não se dissolvem em solventes polares. Experimentalmente, foi demonstrado que as bicamadas lipídicas das membranas biológicas têm permeabilidade muito baixa para os íons e para a maioria das moléculas polares. A água, molécula polar, constitui exceção, pois atravessa facilmente as membranas plasmáticas. As outras moléculas polares, para serem absorvidas, exigem sistemas especiais de transporte.

As drogas, na sua maioria, são eletrólitos fracos, com as propriedades de bases e ácidos fracos que se ionizam parcialmente. Em solução, apresentam uma parte ionizada e outra parte não ionizada. Essa dissociação é influenciada pelo pH do meio. A parte não ionizada é menos polar (apolar) e, portanto, mais lipossolúvel que a forma ionizada. Como as membranas absorventes do nosso corpo são

predominantemente lipídicas, a conclusão é imediata: a parte não ionizada, lipossolúvel, do ácido ou da base é mais facilmente absorvida (BRUNTON, 2012).

Quando uma droga ácida se encontra em meio de pH ácido, a sua ionização é diminuída, isto é, droga ácida em meio ácido tem sua ionização reduzida, e, conseqüentemente, sua absorção aumenta; droga ácida em meio de pH alcalino tem sua ionização aumentada e sua absorção diminuída. Droga básica em meio ácido tem sua ionização aumentada. Como a parte não ionizada, em geral, é lipossolúvel e, portanto, absorvível, podemos inferir a importância dos fatores que condicionam a ionização da droga, interferindo na sua absorção, distribuição e excreção (BRUNTON, 2012).

3.4.3. PROCESSO DE DISTRIBUIÇÃO SISTÊMICA

Depois que a substância química é absorvida ela passa através do sangue por todo o organismo, causando os efeitos nocivos especialmente no(s) órgão(s) alvo. Entende-se por órgão alvo o local onde primeiro se evidencia um efeito nocivo. Para produzir esse efeito a substância química deve atingir uma determinada concentração no órgão, o que está diretamente relacionado com o conceito de dose (OLSON et al., 2014). No sangue, quase todas as drogas se subdividem em duas partes: uma livre, dissolvida no plasma, e outra que se liga às proteínas plasmáticas; especialmente à fração albumínica. A droga e a proteína formam um complexo reversível, passível portanto de dissociação. Do ponto de vista farmacológico, somente a parte livre é que pode ser distribuída, atravessar o endotélio vascular e atingir o compartimento extravascular (BRUNTON, 2012).

A parte ligada às proteínas plasmáticas constitui fração de reserva das drogas e só se torna farmacologicamente disponível no momento em que se converte em porção livre (necessário dissociar-se da proteína). Forma-se no sangue, um equilíbrio entre a parte ligada e a parte livre da droga. À medida que a parte livre é utilizada pelo organismo, a parte ligada vai-se desligando para substituir-aquela parte livre que é distribuída, acumulada, metabolizada e excretada. Uma droga ligada à albumina pode ser deslocada por outra droga que possua maior afinidade pela albumina. Então, por competição farmacológica, a concentração plasmática da parte livre da droga deslocada se eleva e pode inclusive produzir níveis tóxicos. A fenilbutazona, por exemplo, desloca anticoagulantes cumarínicos da sua ligação

proteica, aumentando, desse modo, o efeito anticoagulante (a concentração da parte livre se eleva) e o seu metabolismo (BRUNTON, 2012).

3.4.4. METABOLIZAÇÃO CORPORAL

Assim como usa-se o termo metabolismo para indicar a utilização orgânica de diferentes substâncias que são necessárias para a vida, se propôs o termo biotransformação para o processo de conversão das substâncias tóxicas. A biotransformação para produtos danosos é chamada “toxificação”, conferindo propriedades físico-químicas que alteram de forma adversa o microambiente de estruturas biológicas. Adquirem características que permitem uma interação mais eficiente com receptores e enzimas específicas. A maioria do metabólicos reagem com moléculas endógenas do organismo, produzindo: eletrófilos; radicais livres; nucleófilos e reagentes redox-ativos.

O termo DETOXIFICAÇÃO descreve como os organismos transformam as substâncias tóxicas absorvidas em outras de menor toxicidade e em geral solúveis em água. Em alguns casos, a detoxificação pode competir com a toxificação, balanceando efeitos sistêmicos (GOLAN et al., 2014).

3.4.5. PROCESSO DE EXCREÇÃO SISTÊMICA

Depois de absorvidas, distribuídas e metabolizadas, as drogas e seus metabólitos são excretados. O termo eliminação não significa apenas excreção, mas também inclui processos metabólicos que, em geral, inativam as drogas. Os dois processos de excreção e metabolismo inativador terminam a ação da droga no organismo. As principais modalidades pelas quais as drogas deixam o organismo são: excreção renal, excreção biliar, excreção pulmonar (anestésicos gasosos, por exemplo). Outras vias de excreção são representadas pelo suor, saliva, lágrimas, leite materno, fezes, secreção nasal. Na filtração glomerular, as moléculas de drogas com peso molecular menor que 20.000 atingem o filtrado glomerular. A albumina plasmática, devido ao seu peso molecular de cerca de 68.000, não é filtrada, mais a maioria das drogas. Se a droga se liga à albumina plasmática, em nível elevado, sua concentração no filtrado glomerular é menor do que a concentração plasmática. A varfarina, por exemplo, que se liga à albumina plasmática até 98%, tem concentração no filtrado glomerular que só atinge 2% (BRUNTON, 2012).

Uma droga básica é mais rapidamente excretada em urina ácida porque o baixo pH no túbulo favorece a ionização, o que inibe a reabsorção. Drogas ácidas são

mais rapidamente excretadas se a urina é alcalina. Nos casos, por exemplo, de superdose de aspirina, a alcalinização da urina acelera a excreção dessa droga (SILVA, 2009).

No plasma com pH 7,4, o ácido salicílico se encontra em mais de 99,9% sob forma ionizada e hidrossolúvel. A parte não ionizada (cerca de 0,01 %) é mínima. O glomérulo renal filtra ambas as partes, tanto a ionizada como a não ionizada. Na acidificação normal da urina, a ionização do ácido salicílico diminui, aumentando a parte da forma não ionizada lipossolúvel do ácido salicílico que será reabsorvida. Se a urina for alcalinizada, a ionização do ácido salicílico será aumentada, diminuindo a sua reabsorção e aumentando a sua excreção (SPRADA, 2013).

Quando há intoxicação pelo fenobarbital (ácido fraco), a alcalinização da urina com o uso de bicarbonato de sódio vai provocar maior excreção do fenobarbital. O fenobarbital, por ser ácido fraco, quando em meio alcalino se ioniza ainda mais. Ionizando-se, ele se torna mais hidrossolúvel e menos lipossolúvel, e então não poderá atravessar o epitélio tubular, que, como barreira biológica, tem constituição lipoproteica. O fenobarbital, não podendo sofrer reabsorção tubular, permanece na urina e é eliminado (BRUNTON, 2012).

Na reabsorção e secreção tubulares observam-se fatos interessantes. Até 20% do fluxo plasmático é filtrado pelos glomérulos, o que deixa cerca de 80% da droga passar para os capilares peritubulares do túbulo proximal. Nesse ponto, as moléculas da droga são transferidas para a luz tubular por dois sistemas transportadores independentes e relativamente não seletivos. Um desses sistemas transporta drogas ácidas e vários ácidos endógenos, como o ácido úrico. O outro sistema transporta bases orgânicas (BRUNTON, 2012).

3.5. CONDUTAS INICIAIS A PARTIR DE INTOXICAÇÃO AGUDAS EXÓGENAS

Toda intoxicação suspeita ou confirmada deverá ser tratada como uma situação clínica potencialmente grave, pois mesmo pacientes que não apresentam sintomas inicialmente, podem evoluir mal. O primeiro passo no atendimento de um paciente intoxicado é a realização de um breve exame físico para identificar as medidas imediatas necessárias para estabilizar o indivíduo e evitar a piora clínica. Avaliação de sinais vitais e dados antropométricos, envolvendo: Sinais vitais e antropometria (Peso, altura, perímetro abdominal; pressão arterial; frequência cardíaca e respiratória); temperatura e umidade da pele; oximetria de pulso; medida

de glicose capilar (dextro); nível e estado de consciência (GLASGOW – resposta motora, verbal e movimentos oculares); pupilas (diâmetro e reatividade à luz); sinais de trauma; infecção; marcas de agulha; edema de extremidades e realizar monitorização eletrocardiográfica se necessário (GALARÇA et al., 2021).

3.5.1. PROCEDIMENTOS INICIAIS DE ESTABILIZAÇÃO

Após o processo de investigação inicial, considerando sinais e sintomas dos pacientes, se torna relevante abordar medidas de intervenção gerais, sendo estas: manter vias aéreas abertas e realizar intubação orotraqueal (IOT); obter acesso venoso calibroso (neste momento, podem ser coletadas amostras para exames toxicológicos); administrar tiamina e glicose via intravenosa (IV) se o paciente se apresentar com alteração do nível de consciência, a menos que os diagnósticos de intoxicação alcoólica e hipoglicemia possam ser rapidamente excluídos; administrar naloxona em pacientes com hipótese de intoxicação por opioide (sinais clínicos como rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória e pupilas mióticas).

3.5.2. ANAMNESE TOXICOLÓGICA ESPECÍFICA

Utiliza-se a estratégia dos “5 Ws”, isto é, deve-se obter os dados relacionados ao paciente (Who? - Quem?), à substância utilizada (What? - O quê?), horário da exposição (When? - Quando?), local da ocorrência (Where? - Onde?) e motivo da exposição (Why? - Por quê?). Atentar para o fato de que muitas informações podem ser distorcidas ou omitidas, principalmente quando há tentativas de suicídio ou homicídio envolvidas, uso de drogas ilícitas (GALARÇA et al., 2021).

3.5.3. DESCONTAMINAÇÃO

Após o processo de estabilização de sinais vitais, associados à terapia básica, é necessário considerar a realização de descontaminação ampla do paciente, que visa a remoção do agente tóxico com o intuito de diminuir a sua absorção. A descontaminação cutânea é pautada em retirar roupas impregnadas com o agente tóxico e lavar a superfície exposta com água em abundância; respiratória em remover a vítima do local da exposição e administrar oxigênio umidificado suplementar; ocular em instilar uma ou duas gotas de colírio anestésico no olho afetado e proceder a lavagem com SF 0,9% ou água filtrada, sempre da região medial do olho para a região externa, com as pálpebras abertas durante pelo menos cinco minutos. Solicitar avaliação oftalmológica e a gastrointestinal (GI) consiste na

remoção do agente tóxico do trato gastrointestinal no intuito de evitar ou diminuir sua absorção, sendo essa a mais prevalente (GALARÇA et al., 2021).

3.5.4. DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL (GI)

A indicação da descontaminação GI depende da substância ingerida, do tempo decorrido da ingestão, dos sintomas apresentados e do potencial de gravidade do caso. Recomenda-se avaliação criteriosa do nível de consciência do paciente, antes de iniciar o procedimento, sempre considerar intubação orotraqueal. Habitualmente, o procedimento divide-se em duas etapas: a realização da lavagem gástrica seguida da administração do carvão ativado. Os benefícios maiores desse procedimento estão nas seguintes situações: na ausência de fatores de risco para complicações, como torpor e sonolência; na ingestão de quantidades potencialmente tóxicas da(s) substância(s); nas ingestões recentes, isto é, até 1 a 2 horas da exposição; nos casos envolvendo agentes que diminuem o trânsito intestinal (anticolinérgicos, fenobarbital, etc.) ou de substâncias de liberação prolongada, a indicação da descontaminação pode ser mais tardia (OLSON et al., 2014).

3.5.5. LAVAGEM GASTROINTESTINAL (LG) SORO 0,9%

Consiste na infusão e posterior aspiração de soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) através de sonda nasogástrica ou orogástrica, com o objetivo de retirar a substância ingerida. É contraindicada na ingestão de cáusticos, solventes e quando há risco de perfuração e sangramentos. Evitar a infusão de volumes superiores aos indicados, pois pode facilitar a passagem da substância ingerida pelo piloro e aumentar a absorção do agente tóxico (OLSON et al., 2014).

Deve-se utilizar sonda de grande calibre, adultos de 18 a 22 e crianças de 10 a 14, mantendo o paciente em decúbito lateral esquerdo para facilitar a retirada do agente tóxico, e diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico para o intestino. Infundir e retirar sucessivamente o volume de SF 0,9% recomendado de acordo com a faixa etária, até completar o volume total recomendado ou até que se obtenha retorno límpido, da seguinte forma: Crianças: 10 mL/Kg por infusão até volume total de: escolares: 4 a 5 L, lactentes: 2 a 3 L e neonatos: 0,5 L. Adultos podem ser infundidos até 250 mL por vez até um volume total de 6 a 8 L ou até que retorne límpido (OLSON et al., 2014).

3.5.6. UTILIZAÇÃO DE CARVÃO ATIVADO (CA)

É um pó obtido da pirólise de material orgânico, com partículas porosas com alto poder adsorvente do agente tóxico, que previne a sua absorção pelo organismo. Geralmente é utilizado após a LG, mas pode ser utilizado como medida única de descontaminação GI. Nestes casos, a administração pode ser por via oral sem necessidade da passagem de sonda nasogástrica. Na maioria das vezes deverá ser utilizado em dose única, porém pode ser administrado em doses múltiplas como medida de eliminação, em exposições a agentes de ação prolongada ou com circulação ênterohepática, como o fenobarbital, carbamazepina, dapsona, clorpropramida (GOLAN et al., 2014).

As doses estipuladas são: Dose Única - Crianças: 1 g/kg, em uma suspensão com água ou SF 0,9% na proporção de 4-8 mL/g. Adultos: 50 g em 250 mL de água ou SF 0,9%. Múltiplas doses: Intervalos de 4/4 horas; associar catártico, preferencialmente salino, junto à 3ª dose, e repetir quando necessário. Utilizar o catártico como parte da suspensão do CA. Exemplo: utilizar 100 mL Sulfato de Magnésio 10% (10 g), acrescentar 150 mL de SF 0,9% (total 250 mL) e acrescentar 50 g de Carvão Ativado (suspensão 1:5) (GOLAN et al., 2014).

As contraindicações ao uso do carvão ativado são: RN, gestantes ou pacientes muito debilitados, cirurgia abdominal recente, administração de antídotos por VO (Via Oral); pacientes que ingeriram cáusticos ou solventes ou que estão com obstrução intestinal e pacientes intoxicados com substâncias que não são efetivamente adsorvidas pelo carvão, como os ácidos, álcalis, álcoois, cianeto e metais como lítio, ferro, entre outros (SPRADA, 2013).

3.5.7. LAVAGEM GASTROINTESTINAL POLIETILENOGLICOL

Consiste na administração de solução de polietilenoglicol (PEG) via sonda nasoenteral para induzir a eliminação do agente através do trato gastrointestinal pelas fezes. É raramente utilizada, salvo nos casos de ingestão de pacotes contendo drogas (body-packing) ou de quantidades potencialmente tóxicas de substâncias não adsorvidas pelo carvão ativado (ex.; ferro, lítio, etc). A quantidade estipulada depende da faixa etária, em que, crianças de 9 meses a 6 anos: 500 mL/h; crianças de 6 a 12 anos: 1000 mL/h; adolescentes e adultos: 1500 a 2000 mL/h (GOLAN et al., 2014).

3.5.8. ANTÍDOTOS: INDICAÇÕES E UTILIZAÇÃO GERAL

São substâncias que agem no organismo, atenuando ou neutralizando ações ou efeitos de outras substâncias químicas. A administração desses medicamentos não é a primeira conduta a ser tomada na maioria das situações. A maior parte das intoxicações pode ser tratada apenas com medidas de suporte e sintomáticos. Entretanto, algumas situações exigem a administração de antídotos e, às vezes, de medicamentos específicos. A disponibilidade destas substâncias é estratégica do ponto de vista de saúde pública. Devem estar disponíveis seja para uso imediato, no primeiro atendimento, em ambulâncias ou nas unidades de emergência, seja em poucas horas para uso hospitalar ou em serviços de referência (SILVA, 2009).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa feita, pôde-se perceber que as intoxicações agudas representam uma ameaça a depender do grau de exposição do indivíduo ao agente nocivo, bem como da quantidade de substância tóxica, aquela capaz de causar danos, a qual ele foi exposto, e esse contato pode ser, principalmente, pela ingestão, inalação e cutânea. Além do tipo e da quantidade, alguns produtos possuem toxicidade ao interagirem com outras substâncias e isso pode ocorrer em diversos momentos, como durante a absorção, biotransformação e excreção. Essa interação, pode, ainda, proporcionar efeitos aumentados ou diminuídos.

Em relação à conduta a ser tomada, é imprescindível que o profissional realize um breve exame físico, com a avaliação dos sinais vitais, dos dados antropométricos, do nível e do estado de consciência e da aparência física que o indivíduo se encontra. Feito isso, é importante elaborar a estratégia para a descontaminação do paciente, para reduzir ou eliminar o agente toxicológico, com o fito de diminuir a sua absorção e seus efeitos nocivos. Desse modo, com o conhecimento do tipo de agente, do tempo de exposição e da quantidade, poderá se realizar uma abordagem e um tratamento eficaz para se evitar sequelas e óbitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Intoxicações agudas por agrotóxicos: Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento de intoxicações agudas por agrotóxicos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

BRUNTON, L.L. GOODMAN & GILMAN: **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICO (CIATOX). Conceitos toxicológicos. [Capturado em 07 de mar de 2022], 2015. Disponível em: <https://ciatox.es.gov.br/conceitos-toxicologicos>

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (COVISA). **Manual de Toxicologia Clínica**. [Capturado em 07 de mar de 2022], 2017. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/MANUAL%20DE%20TOXICOLOGIA%20CL%C3%8D NICA%20-%20COVISA%202017.pdf> SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)

GALARÇA, A. M. S. S., et al. **Protocolo pós-exposição ocupacional por material perfurocortante**. Pelotas, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, 2021.

GOLAN, D. E., et al. Farmacologia. 3ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2014.
Guia prático para o tratamento das intoxicações agudas. [Capturado em 07 de mar de 2022], 2017. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Manuais_saude/Guia_IJF_Intoxicacoes.pdf

KLAASSEN C. D., et al. **Fundamento em toxicologia de Casarett e Doull**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLSON, K. R., et al. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6ª Ed. Artmed, 2014.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SPRADA, E. Instituto Federal. **Toxicologia**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2013.

CAPÍTULO VIII

PRINCIPAIS VARIÁVEIS QUE CORROBORAM UM TEMPO DE INTERNAÇÃO MAIOR NA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-8

Filipe Augusto Azevedo Caixeta ¹

Alice Horbach Melo ¹

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹

Larissa de Oliveira Rocha ¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

Este capítulo tem como objetivo identificar as principais variáveis que corroboram um tempo de internação maior na terapia intensiva, que são o sistema APACHE II elevado, ventilação mecânica invasiva prolongada e ocorrência de fatores adversos como contaminações, aplicação de medicamentos e de procedimentos desnecessários. Sendo assim, a identificação adequada dos principais fatores que potencializam o tempo de permanência dos pacientes, como também a gravidade do quadro de saúde, é de vital importância como medida para a transformação do cenário nas instituições de saúde.

Palavras-chaves: Tempo de internação. Terapia intensiva. APACHE II. Ventilação mecânica. Fatores adversos.

1. INTRODUÇÃO

A terapia intensiva é caracterizada por oferecer suporte vital e cuidados contínuos a pacientes em estado grave. Nessa perspectiva, o indivíduo passa um determinado tempo na unidade ou no centro de terapia e esse período depende das particularidades de cada caso. Entretanto, a permanência nesse espaço pode ser prolongada além do comum esperado e isso se justifica por meio de diversas questões. Com isso, as principais variáveis que corroboram para um maior tempo de internação são APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II) elevado, ventilação mecânica invasiva e a ocorrência de fatores adversos (OLIVEIRA et al., 2010).

O APACHE II é um sistema presente nos ambientes de terapia intensiva responsável por avaliar o risco de morte do paciente ao basear-se nos dados das primeiras 24 horas e no somatório dos seguintes critérios: Escore (considera 12

variáveis fisiológicas), idade, estado de saúde prévio (patologias já existentes e que podem influenciar no quadro da internação, como insuficiência hepática, respiratória, cardiovascular ou renal) e tipo de internação (MORAES et al., 2014). Dessa forma, uma soma maior no valor do APACHE indica que o quadro é grave e que o paciente demandará um tempo maior de internação na terapia intensiva até uma possível estabilização do quadro (OLIVEIRA et al., 2010).

A ventilação mecânica é uma importante ferramenta para o tratamento dos pacientes nos casos em que ocorre insuficiência no processo de oxigenação (DAMASCENO et al., 2006). Entretanto, a necessidade prolongada e a dependência elevada desse recurso indicam um agravamento do quadro do paciente (LAIZO et al. 2010). Dessa forma, quando não ocorrem protocolos guiados por toda a equipe para o desmame da ventilação mecânica, a manutenção dessa ferramenta implica permanência prolongada na terapia intensiva (OLIVEIRA et al., 2010).

Os fatores adversos envolvem diversas questões e consistem em possíveis complicações advindas das intervenções diagnóstico-terapêuticas realizadas durante a internação. Se a qualidade do cuidado não for satisfatória, o paciente pode ter uma piora nas patologias e comorbidades que ele já apresentava anteriormente. Além disso, possíveis contaminações, aplicação de medicamentos e de procedimentos desnecessários resultam em consequências mais severas, como redução no nível de consciência, úlceras por estresse e diversas infecções. Com isso, o surgimento desses fatores desencadeia quadros mais graves e um período maior de tratamento (ROQUE et al., 2016). Portanto, após essa breve análise inicial, esse capítulo abordará as principais variáveis que implicam um maior tempo de internação na terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou discorrer acerca das principais variáveis que corroboram um tempo de internação maior na terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de 2022. Para a busca das obras

foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*terapia intensiva*”, “*internação*”, “*APACHE*”, “*complicações*”, “*ventilação mecânica*”, “*fatores adversos*”, “*variáveis*”, e em inglês: “*intensive care*”, “*hospitalization*”, “*APACHE*”, “*complications*”, “*mechanical ventilation*”, “*adverse factors*”, “*variables*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 1985 a 2022, em português e inglês. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português ou inglês, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 12 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. APACHE II

O Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) foi desenvolvido por Knaus e col. em 1981 e posteriormente passou por uma revisão e simplificação, chegando a uma nova versão chamada APACHE II. Esse sistema se tornou aceito pela comunidade científica internacional e tem como objetivo oferecer uma avaliação feita de forma padronizada para determinar o estado de gravidade de pacientes em unidades de terapia intensiva.

Segundo Freitas (2010), o APACHE II é um método que permite a classificação da gravidade da doença e tem como principal função descrever quantitativamente o grau de disfunção orgânica em pacientes críticos. Dessa forma, o conjunto de alterações clínicas e laboratoriais identificadas nos pacientes determinam uma pontuação que serve para a avaliação do estado do paciente. Os parâmetros para o cálculo do APACHE II são devem ser preenchidos quando dos pacientes são admitidos na UTI para que, assim, seja possível determinar preditores

de gravidade e de mortalidade, juntamente com outros fatores importantes para orientar a tomada de decisão da equipe de profissionais de saúde.

De acordo com Knaus (1985), esse método deve ser aplicado nas primeiras 24 horas da chegada do paciente na UTI para maior acurácia dos dados. Para o cálculo são consideradas 12 parâmetros clínicos, laboratoriais e fisiológicos universais e cada uma dessas variáveis recebem uma pontuação que vai de 0 a 4, conforme o nível da anormalidade apresentado pelo paciente. Ademais, também são necessárias informações como idade e histórico de doenças crônicas para a pontuação final, a qual irá indicar a gravidade e conseqüentemente probabilidade de óbito do paciente.

3.2. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Para a realização da revisão de literatura sobre ventilação mecânica utilizou-se prioritariamente as conceituações e prerrogativas do III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007), patrocinado pela AMIB e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). A ventilação mecânica (VM) surgiu em 1952, a fim de auxiliar nos casos da epidemia de Poliomelite em Copenhagem e desde então se tornou terapia fundamental e indispensável para tratamento em unidades de terapia intensiva. Isso porque, na atualidade, ela representa uma alternativa efetiva para pacientes que demonstram insuficiência respiratória, caso comum em pacientes graves (COLICE, 2010).

Segundo Carvalho (2007), a ventilação mecânica tem como funções aumentar os níveis inspiratórios de oxigênio (FIO₂) ou mesmo melhorar o recrutamento de alvéolos não ventilados no pulmão, de forma a melhorar a oxigenação do sangue arterial. Dessa forma, entende-se que o objetivo dessa técnica é oferecer uma maior circulação de gás para dentro dos pulmões, já que esta função, devido ao estado clínico do paciente, não está sendo feita com plenitude.

O Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica classifica o suporte ventilatório em dois grupos: ventilação mecânica invasiva e não invasiva, sendo que o princípio básico de ambos é liberação de gás oxigênio por meio de uma pressão positiva nas vias aéreas do paciente. Na ventilação invasiva, a liberação da pressão é feita por meio de um tubo orotraqueal ou por meio de uma cânula de traqueostomia, enquanto na ventilação mecânica não invasiva o paciente utiliza uma máscara, que recebe o gás proveniente do ventilador artificial.

Carvalho (2007) indica ainda que os benefícios as VM se dão pelo fato de que a máquina utilizada alivia o trabalho da musculatura respiratória em momentos de alta demanda metabólica, o que evita a fadiga da musculatura respiratória e abaixa o consumo de oxigênio. Dessa forma, é possível corrigir ou prevenir quadros de acidose respiratória associada à hipercapnia e hipoxemia, viabilizando os tratamentos específicos do quadro do doente.

Apesar dos benefícios apontados, Faraco (2013) indica que a utilização de ventilação mecânica invasiva pode gerar efeitos adversos, já que sua implantação modifica as condições respiratórias do paciente, podendo acarretar aumento da morbidade e mortalidade em alguns casos. Já Passos (2000) pontua as principais intercorrências decorrentes da ventilação mecânica, que agravam a condição do paciente e postergam seu tempo de permanência na UTI:

- a) Diminuição do débito cardíaco: devido à pressão positiva realizada pela ventilação mecânica conforme comentado anteriormente, aumenta-se a pressão intratorácica, o que diminui o retorno venoso e a pré-carga ventricular direita, além de que a resistência vascular pulmonar é aumentada. Dessa forma, o débito cardíaco é diminuído, principalmente em pacientes hipovolêmicos.
- b) Alcalose respiratória aguda: a hiperventilação alveolar pode ser causa da condição. É necessário se atentar aos parâmetros do ventilador.
- c) Elevação da pressão intracraniana: novamente a pressão positiva pode elevar a pressão intracraniana (PIC).
- d) Meteorismo (distensão gástrica maciça): pode ocorrer vazamento de gás do tubo orotraqueal pelo esfíncter esofágico.
- e) Pneumonia: é sabido que a UTI é uma área de riscos para infecções e dessa forma microrganismos como bacilos gram-negativos podem se aproveitar no momento de fragilidade do paciente e colonizarem as vias respiratórias ou gastrointestinais.
- f) Atelectasia: pode ocorrer devido à presença de secreção no tubo orotraqueal.
- g) Barotrauma: pode ocorrer com a passagem de ar para a região extra alveolar.
- h) Fístula bronco pleural: consequente a uma possível ruptura alveolar.
- i) Extubação acidental ou não planejada: pode ser causada pela agitação e confusão do paciente, assim como pela má instalação ou manejo do tubo.

- j) Lesões de pele e/ou lábios: podem também ser causadas nos momentos de mobilização do paciente ou dos equipamentos.
- k) Lesões traqueais: as altas pressões de gás podem ser causar a diminuição do epitélio ciliado, além de necroses e fístulas na traqueia.

3.3. FATORES ADVERSOS

Segundo Roque (2010), intercorrências e fatores adversos podem ser conceituados como fatores complicadores do estado geral do paciente. Tais complicações podem ser advindas de diversos acontecimentos dentro da unidade de terapia intensiva, envolvendo o cuidado dos profissionais de saúde com o paciente, a escolha das medicações utilizadas, a administração desses fármacos, infecções adquiridas, além de procedimentos e intervenções realizadas. Em face do exposto, tais intercorrências influenciam para que o tempo da internação seja maior, haja vista o agravamento do estado do paciente.

A iatrogenia é um dos fatores que contribuem fortemente para o aumento de permanência hospitalar, o que é indesejável pelo aumento das filas e tempo de espera, além na maior possibilidade de infecção (PENA et al., 2017). Sobre o assunto, Junior (2019) afirma que as principais iatrogenias realizadas pelos profissionais de saúde estão relacionadas à administração incorreta de medicamentos, envolvendo dosagem errada, troca de medicamentos, não administração nos horários corretos. Além disso, Souza (2018) pontua que 70% dos eventos adversos estão ligados à falta de comunicação eficaz da equipe de assistência. O desalinhamento resulta em procedimentos desnecessários e o uso improdutivo de recursos, o que prolonga o tempo de permanência do paciente.

A sepse é outro fator que influencia no tempo de permanência do paciente. Essa condição é a causa mais comum de admissão em unidades de terapia intensiva. O conceito de sepse pode ser explicado pelos princípios de uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS, do inglês systemic inflammatory response syndrome) desencadeada por infecção progressiva. Ela é geralmente desencadeada por um agente agressor, agravada por uma infecção sistêmica. A sepse tem um alto custo de tratamento, representado, em média, entre 24% e 32% dos custos totais de uma UTI, além de elevar a gravidade do quadro e conseqüentemente o tempo de permanência do paciente (SABAGE et al., 1985).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o escore APACHE II deve ser usado nas primeiras 24 horas, sendo útil na classificação da gravidade da doença e descrever quantitativamente o grau de disfunção orgânica em pacientes críticos. Com os dados desse sistema, é possível um direcionamento mais otimizado das equipes de saúde, com foco nos pacientes com escore do APACHE II mais elevados.

Além disso, a ventilação mecânica que para muitos pacientes graves com baixa saturação de oxigênio ou até mesmo insuficiência respiratória é muito importante, tendo como possibilidade a ventilação mecânica invasiva e a não invasiva. Entretanto, como foi vista, pode-se por meio dela aumentar o tempo de internação dos pacientes, além de causar intercorrências como: diminuição do débito cardíaco, alcalose respiratória aguda, elevação da pressão intracraniana, meteorismo, pneumonia, atelectasia, barotrauma, fístula bronco pleural, extubação acidental ou não planejada, lesões de pele e/ou lábios e lesões traqueais.

Por fim, têm-se também os fatores adversos que abrangem uma gama de condições que pode complicar a recuperação do paciente. Os principais fatores que corroboram um tempo de internação maior na terapia intensiva são de dentro da unidade de terapia intensiva, em detrimento de ações errôneas ou equivocadas de profissionais de saúde, infecções contraídas pelos pacientes e procedimentos e intervenções realizadas. Além disso, a iatrogenia, que está vinculada à administração incorreta de medicamentos, e a sepse, que é a causa mais comum de admissão em unidades de terapia intensiva, são outros fatores adversos que além de elevar a gravidade do quadro e conseqüentemente o tempo de permanência do paciente.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, C. R. R. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J Bras Pneumol.**, V. 33, N. 6, P. 54-70, 2007.
- COLICE, G. Historical Perspective on the Development of Mechanical Ventilation, em: Tobin M - Principles and Practice of Mechanical Ventilation. **New York: McGraw-Hill**, v. 5, n. 1, p. 1-36, 1994.
- DAMASCENO, M. P. C. D. et al. Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 18, n. 3, p. 219-228, 2006.

- FARACO, M. M. **Eventos adversos associados à ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva**, 2017 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- FREITAS, E. R. F. S. et al. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. 7, 2010.
- JÚNIOR, M. A. P. R., et al. Desafios e perspectivas para administração segura de medicamentos pela Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.25, n.25, p. 452-452, 2019.
- KNAUS, W. A. et al. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. **Crit Care Med**, 1981;9:591-597.
- KNAUS, W. A. et al. APACHE II: a severity of disease classification system. **Crit Care Med**, v. 13, n. 6, p. 818-829, 1985.
- LAIZO, A.; DELGADO, F. E. DA F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Revista brasileira de cirurgia cardiovascular**, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.
- MORAES, R.B, et al. Medicina intensiva: Consulta Rápida. **Artmed Editora**, p. 5-8, 2014.
- OLIVEIRA, A. B. F. DE et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010.
- PASSOS, E.; CASTILHO, V. G. Papel da enfermagem na assistência ao paciente em ventilação mecânica. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 2, p. 1-68, 2000.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, v. 11, n. 12, p. 5297-5304, 2017.
- ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 10, 2016.
- SAVAGE, C. O.; WINEARLS, C. G.; EVANS, D.J., et al. Microscopic polyarteritis: presentation, pathology and prognosis. **Q J Med.**, v. 56, n. 22, p. 467-483, 1985.
- SOUZA, R. F., et al. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 1, 2018.

CAPÍTULO IX

TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-9

Júlia Silva Coimbra Costa ¹
Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Júlia da Cunha Ribeiro ¹
Nicolly Skarlet Souto Oliveira ¹

¹ Graduandas em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A ligação entre a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os Cuidados Paliativos (CP) tem sido cada vez mais debatida na contemporaneidade. Os pacientes que se encontram num estado crítico de saúde, no qual é necessário um suporte vital intenso e uma série de intervenções médicas, são os mais susceptíveis à terminalidade da vida. Os Cuidados Paliativos têm como objetivo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas em pacientes, sendo utilizados de forma exclusiva e indispensável quando a doença não manifesta mais a chance de cura e o tratamento tradicional proposto não aponta benefícios. Os responsáveis pelo enfermo devem ser capacitados e disporem do conhecimento de que a finitude da vida e o adoecimento das pessoas são componentes intrínsecos do ciclo natural e, por isso, deve-se haver a implementação dos Cuidados Paliativos, de modo a atenuar os sintomas e as angústias, tanto dos pacientes quanto de seus familiares. O entendimento desse momento único merece atenção, pois o paciente e seus entes queridos têm o direito de saber de sua condição de saúde e é dever do profissional identificar essa fase de proximidade da morte.

Palavras-chave: Terminalidade. Cuidados Paliativos. Unidade de Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

A ligação entre a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os Cuidados Paliativos (CP) tem sido cada vez mais debatida na contemporaneidade. Os pacientes que se encontram num estado crítico de saúde, no qual é necessário um suporte vital intenso e uma série de intervenções médicas, são os mais susceptíveis à terminalidade da vida.

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas em pacientes, possibilitando aos enfermos e aos seus entes queridos uma melhor qualidade de vida perante uma situação que à ameaça. Essa abordagem é complementar ao tratamento curativo da Medicina Moderna, e pode

ser implementada conjuntamente às práticas intervencionistas, sendo eficaz na tomada de decisões, na reafirmação da vida e da morte como processos naturais e na integração dos aspectos psicológicos, culturais e sociais na atenção ao paciente. Entretanto, quando a doença não manifesta mais a chance de cura e o tratamento tradicional proposto não aponta benefícios, os CP tornam-se exclusivos e indispensáveis para assistir as necessidades do doente.

A Terminalidade é entendida quando não existem possibilidades de cura, ou seja, o paciente não retornará ao estado hígido e a morte torna-se cada vez mais iminente. Por essa razão, os responsáveis pelo enfermo devem ser capacitados e disporem do conhecimento de que a finitude da vida e o adoecimento das pessoas são componentes intrínsecos do ciclo natural e, por isso, deve-se haver a implementação dos Cuidados Paliativos, de modo a atenuar os sintomas e as angústias, tanto dos pacientes quanto de seus familiares (PORTO et al., 2020).

Frequentemente, aqueles pacientes que se encontram em estágios terminais são submetidos a processos desgastantes, que não resultam em melhorias e que, pelo contrário, geram em seus últimos dias de vida um sentimento de dor e de medo tanto no paciente quanto em seus familiares. Nesse momento, seria importante a integração de aspectos emocionais e espirituais com o respeito e a preservação da dignidade do enfermo, além do alívio dos demais sintomas. O entendimento desse momento único merece atenção, pois o paciente e seus entes queridos têm o direito de saber de sua condição de saúde e é dever do profissional identificar essa fase de proximidade da morte (MORTIZ et al., 2018). Dado o exposto, o presente estudo tem, como objetivo, analisar o contexto da Terminalidade da vida, além de identificar a incorporação dos Cuidados Paliativos à prática profissional, para melhoria da qualidade de vida dos enfermos alocados em UTI's.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que discorrer acerca da terminalidade e cuidados paliativos na terapia intensiva. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de março e abril de

2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “*cuidados paliativos*”, “*terminalidade*”, “*terapia intensiva*”, “*humanização*”, “*espiritualidade*”, “*multiprofissional*”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2017 a 2022, em português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com a temática proposta. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 3 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 12 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nas últimas décadas temos visto um aumento da expectativa de vida da população como resultado não só das inovações tecnológicas na área da saúde, mas também como um avanço de algumas situações, tais como condições sanitárias, nutrição, educação e outros (HOFFMANN et al., 2021). Somado a isso, houve uma elevação da prevalência e incidência de algumas enfermidades crônicas, como doenças cardiovasculares, endocrinológicas, osteoarticulares e neoplasias. Contudo, mesmo com a melhora da terapêutica, a morte é, na maioria das vezes, frequentemente vista em algumas destas doenças (CHAVES et al., 2021; MATSUMOTO, 2012).

Nesse sentido, os pacientes que estão impossibilitados de cura, estão mais sujeitos à terminalidade da vida, ou seja, não há tratamentos eficientes para a doença de base do enfermo, o que contribui para o comprometimento da saúde do indivíduo, impossibilitando a recuperação e/ou reabilitação do mesmo. Diante da ausência de perspectiva de cura, os profissionais da saúde encaram questões éticas e técnicas sobre até quando o prolongamento da vida de um paciente, em que o fim

da vida é inevitável, se torna justificável. É nesse contexto que surgem os Cuidados Paliativos (CP) na abordagem de pacientes terminais, com o propósito de promover conforto, alívio da dor e oferecer uma morte digna (SOUSA et al., 2019; CHAVES et al., 2021).

O CP teve origem no Movimento Hospice Moderno, por volta de 1960, introduzido pela inglesa Dame Cicely Saunders, sendo um ponto de partida para uma nova forma de cuidar de pacientes terminais. Em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou pela primeira vez a definição de CP, que foi revista em 2002 (MATSUMOTO, 2012). Ademais, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (MATSUMOTO, 2012).

Nos CP, o cuidado ao paciente baseia-se em princípios, nos quais são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver ativamente até o momento da sua morte, oferecer sistema de suporte familiar, abordagem multiprofissional, melhorar a qualidade de vida, deve ser iniciado o mais precocemente possível (MATSUMOTO, 2012).

Segundo Castro et al. (2022), o ensino de CP no Brasil é pouco abrangente, visto que somente em algumas escolas no país possuem esse tema na grade curricular. Como o modelo de ensino, na maioria das vezes, é com a visão centrada na doença e não no paciente, alguns estudantes relataram sentir dificuldades em comunicar notícias ruins e abordagem psicossocial e espiritual, um dos princípios dos cuidados paliativos. Dessa forma, torna-se cada vez mais difícil formar médicos que tenha uma visão biopsicossocial e espiritual dos pacientes (PESSINI et al., 2019).

Ainda sobre o estudo de Castro et al. (2022), pode-se observar que após a exposição ao ensino de CP, muitos alunos modificaram a percepção sobre essa abordagem, uma vez que essa abordagem pode contribuir para que os estudantes consigam lidar com situações difíceis e inevitáveis na prática médica, como o processo de morrer. Além disso, os participantes relataram maior disposição pelo assunto, afirmando a importância de adicionar a disciplina de Cuidados Paliativos

na grade curricular do curso de Medicina, a fim de promover um ensino mais humanista e centrado não somente na doença, como também no paciente.

Atrelado a isso, médicos intensivistas também encaram frequentemente questões éticas diante da abordagem de pacientes terminais, incluindo valores e princípios que devem ser adotados durante a tomada de decisões.

“Entre os princípios citados destacam-se o respeito à dignidade humana, a autonomia, a beneficência e a não maleficência; entre os valores, a religião e crenças pessoais” (SOUSA, et al., 2019).

Consolidando os princípios do CP, de acordo com o estudo de Sousa et al. (2019), os médicos intensivistas reforçam que o paciente em condição terminal e a confirmação de que a terminalidade é uma certeza, não representa que não há mais medidas para serem tomadas. Ou seja, existem diversas ações paliativas que podem ser ofertadas ao indivíduo, tais como o alívio da dor, redução do desconforto, oferecer dignidade para encarar o fim da vida, além de promover suporte aos entes queridos do paciente.

As abordagens dos cuidados paliativos podem ser feitas em ambiente hospitalar ou em domicílio. Existem algumas vantagens que contribuem para o cuidado domiciliar, tais como conforto; autonomia, pois as necessidades do paciente são atendidas conforme suas preferências e a disponibilidade integral dos cuidadores. No modelo de assistência hospitalar, a abordagem é feita por uma equipe treinada e capacitada para fornecer um atendimento multidisciplinar ao enfermo (MATSUMOTO, 2012).

Diante disso, o CP do paciente em estado terminal no ambiente hospitalar pode ser feito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local em que podem ser ofertadas medidas que promovem o conforto do indivíduo. Dentre as principais medidas paliativas a serem adotadas são o alívio da dor, sendo uma das mais importantes ações; o conforto para promover paz e dignidade; evitar procedimentos invasivos, exames e medicações que não irão alterar o curso da doença; aproximação dos familiares durante esse período e apoio religioso para aqueles que sentirem necessidade (PIRES et al., 2020).

Estudo realizado por Gulini et al. (2018) sugere que, os pacientes que são internados na UTI para abordagem de cuidados paliativos, devem receber os cuidados o mais precocemente possível, com o propósito de estabelecer decisões terapêuticas de acordo com o quadro do enfermo e de não fornecer esperanças

falsas aos entes queridos dos indivíduos que estão em CP. Um cuidado que contribui para melhor qualidade de vida do paciente que está em CP, é a busca pela espiritualidade e/ou religiosidade tanto pelos médicos, quanto pelos familiares e o doente. Segundo Plauto et al. (2022), existe um termo chamado de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual, no qual algumas pessoas utilizam de práticas religiosas para encarar as dificuldades vividas durante o período de terminalidade, como situações de vulnerabilidade física e psíquica. Com esse estudo, foi possível identificar que o envolvimento religioso foi efetivo para o bem-estar espiritual, além de contribuir para o alívio do sofrimento.

Segundo Perão et al. (2021), familiares de pacientes que estão em CP, relataram que uma comunicação adequada da equipe com o paciente e a família é um modo de manter uma maior proximidade, contribuindo para conforto e acolhimento em um momento tão delicado, visto que o CP também inclui o suporte familiar. Em contrapartida, segundo Chaves et al. (2021), a linguagem técnica abordada pelos profissionais, a privação de informações sobre o prognóstico e o afastamento do doente durante a tomada de decisões contribuem para sentimentos de angústia e menor qualidade de vida do enfermo.

Nesse contexto, Corrêa et al. (2021) sinalizam a percepção dos pacientes internados em UTI com abordagem dos cuidados paliativos. Muitos indivíduos relatam a necessidade de maior sensibilidade, consideração e atenção não só do médico, mas também da equipe de enfermagem. Além disso, os participantes destacaram alguns pontos que poderiam ser melhores, podendo ressaltar o fornecimento de informações detalhadas e sinceras, esclarecimento de dúvidas sobre o quadro clínico, tratamento, prognóstico e apoio psicológico.

A morte ainda é considerada um tabu, sendo um assunto com muitos obstáculos a serem discutidos (PESSINI et al., 2019). No entanto, a terminalidade pode ser considerada como um ciclo biológico natural, envolvendo todas as dimensões do ser humano, sejam elas físicas, emocionais ou espirituais (SOBREIRO et al., 2021). Sendo assim, os cuidados paliativos devem adotar uma abordagem holística, abordando todos os aspectos biopsicossociais inerentes ao indivíduo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, nota-se que a terminalidade é uma condição na qual não há perspectiva de cura do paciente e deve ser encarada como um processo biológico natural e inevitável, vista frequentemente em diversas doenças, apesar das melhorias nas medidas terapêuticas. Nesse sentido, pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida são amparados por meio dos cuidados paliativos, que tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento e são essenciais para ofertar dignidade para o fim da vida do enfermo e suporte para os familiares.

Desse modo, é de grande importância que a equipe responsável pela realização dos cuidados paliativos, tanto em ambiente domiciliar quanto hospitalar, esteja bem preparada para lidar com os pacientes e também com seus familiares. Assim, é necessário que haja uma maior sensibilidade, consideração e atenção não só por parte do médico, mas também da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- CASTRO, A. A., et al. Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 5, 2022.
- CHAVES, J. H. B., et al. Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, p. 519-529, 2021.
- CORRÊA, M., et al. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 401-411, 2021.
- GULINI, J. E. H., et al. Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 5, 2018.
- HOFFMANN, L. B., et al. Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. **Psicologia USP**, v. 32, n. 5, 2021.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.
- MORITZ, R. D., et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

- MORTIZ, R. D., et al. **Cuidados Paliativos no final da vida**. Conselho regional de Medicina no Estado de Santa Catarina. 2018
- PERÃO, O. F., et al. Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos e terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. 5, 2021.
- PESSINI, L., et al. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, 2019.
- PIRES, I. B., et al. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, n. 5, 2020.
- PLAUTO, M. S., et al. Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 6, 2022.
- PORTO, V. S. M., et al. Abordagem dos cuidados paliativos na terminalidade: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 93782-93792, 2020.
- SOBREIRO, I. M., et al. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. **Revista Bioética**, v. 29, p. 323-333, 2021.
- SOUSA, G. M., et al. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 516-527, 2019.

CAPÍTULO X

PRINCIPAIS RISCOS, INFECÇÕES E IATROGENIAS PROVENIENTES DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

DOI: 10.51859/ampla.tie341.1122-10

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Bernardo Augusto Silveira Corrêa ¹
Samantha Stephany Silva Martins ¹

¹ Graduandos em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o cuidado a pacientes de alta complexidade requer intervenções adequadas com o fito de se mitigar quaisquer consequências, resultantes da atuação das equipes de saúde, que podem ser consideradas como iatrogenias. Ademais, vale ressaltar que as iatrogenias influenciam negativamente a saúde do paciente, o que corrobora o aumento na permanência hospitalar e as chances de contaminação, além de elevarem os custos de financiamento da UTI. Nesse sentido, pode-se elencar algumas práticas iatrogênicas, como a realização de procedimentos desnecessários e invasivos, manipulação inadequada de medicamentos, quedas, além de perfis de pacientes com maior sensibilidade nas intervenções médicas, como idosos, recém-nascidos e doentes crônicos. Pôde-se identificar que as principais iatrogenias presentes na UTI estão associadas a medicamentos, à imprudência decorrente da sobrecarga de trabalho da equipe médica, à contaminação dos instrumentos utilizados e aos cuidados de saúde e procedimentos hospitalares.

Palavras-chave: Iatrogenia. Eventos adversos. Erros de medicação. UTI.

1. INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos ocorreu um grande avanço médico e hospitalar, mas o processo de cuidar não é isento de riscos, infecções e iatrogenias, principalmente quando se trata do atendimento em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Isso ocorre visto que as UTIs englobam pacientes com condições clínicas mais graves, submetidos à diversas intervenções médicas, mais dependentes dos cuidados da equipe multiprofissional e costumam permanecer mais tempo no ambiente hospitalar, tornando-os mais propensos as infecções e outros incidentes, seja eles não propositais ou propositais (LANZILLOTTI et al., 2015).

De acordo com Dutra (2017), a iatrogenia pode ser definida como um evento não planejado que ocasiona ou possui grande potencial de acarretar prejuízos à saúde do paciente, seja em detrimento de falha profissional relacionada com a assistência ou por negligência. Essas ocorrências adversas geram transtornos temporários, permanentes ou a morte do paciente, acréscimo no número de dias de internação e, conseqüentemente, maiores custos financeiros, diminuição da quantidade de leitos disponíveis e aumento da fila de espera. por isso vale ressaltar a relevância que os estudos científicos têm para a redução de incidentes indesejados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Os eventos adversos (EA) são incidentes que geram o agravamento do estado de saúde do paciente, e é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema significativo que merece atenção, tendo em vista que os índices de casos não diminuíram como esperado após a implementação das práticas propostas para reduzir os EA (relato e análise dos incidentes como maneira de promoção de ensinamentos). (FURINI, 2019). A OMS promoveu ações para minimizar os incidentes através, principalmente, de duas medidas: aplicação da Campanha de Higienização das Mãos visando reduzir o número de infecções e a adoção de uma lista de verificação anteriormente, durante e após os atos cirúrgicos, para promover uma cirurgia mais segura (DUTRA et al., 2017). Desse modo, ao perceber a necessidade de melhorias na promoção de segurança e prevenção de eventos adversos no paciente, o presente estudo tem por finalidade apresentar os principais riscos, infecções e iatrogenias procedentes dos âmbitos de terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura. Para a elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa utilizou a estratégia PICO (Acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison e Outcome*). O uso dessa estratégia para formular a questão de pesquisa na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave, as quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nas bases de dados. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: “quais são as principais iatrogenias e infecções que ocorrem na terapia intensiva?” Dessa maneira, compreende-se que P= pacientes internados em terapia intensiva com eventos iatrogênicos, I= iatrogenias, C= pacientes internados

em terapia intensiva sem eventos iatrogênicos, O=causas das iatrogenias. A partir do estabelecimento das palavras-chave da pesquisa, foi realizado o cruzamento dos descritores “*iatrogenia, efeitos adversos, enfermagem, infecções, unidades de terapia intensiva*”, nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Cochrane Library, Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*.

A pesquisa bibliográfica foi de cunho exploratório, partindo da identificação, da seleção e da avaliação de trabalhos e de artigos científicos considerados relevantes para dar suporte teórico para a classificação, a descrição e a análise dos resultados. A busca foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2022. Foram considerados estudos publicados no período compreendido entre 2015 e 2022. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Foram analisadas fontes relevantes inerentes ao tema, utilizando como um dos principais critérios a escolha de artigos atuais, originais e internacionais. Assim, totalizaram-se 30 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com Bittencourt, et al. (2018), a iatrogenia pode estar relacionada a um ato observacional, monitorização, intervenções terapêuticas e falhas profissionais por negligência, inabilidade, preparação deficiente para execução de tarefas, percepção inadequada ou uma má utilização da comunicação. Nesse cenário, segundo Ripardo, et al. (2019), em estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, os setores que registraram atos iatrogênicos foram: emergência, com cinco ocorrências (45%); clínica médica e unidade de infectologia, com duas ocorrências cada uma (18%); e unidades de oncologia e hemodiálise, com uma ocorrência cada. Identificaram-se, nos 100 prontuários analisados, o total de 42 fatores de risco de iatrogenia em 31 idosos.

Ademais, segundo análise de Maia, et al. (2017), foram registrados 63.933 eventos adversos relacionados com a assistência à saúde no período de junho/2014

a junho/2016. Desses eventos, 417 (0,6%) evoluíram para óbito. Dos 417 registros de óbitos, em 22 (5,3%) casos foi possível encontrar a respectiva investigação registrada no banco de dados do FormSUS. Havia, ainda, outros 392 registros no FormSUS de investigações de óbitos não identificados no banco de dados de notificação, e outros *never events*, os quais não puderam ser quantificados separadamente por não haver essa distinção no banco de dados.

O tipo de incidente foi classificado como “outro” em 133 notificações (31,9%), das quais 52% foram reclassificadas. Tal processo resultou na inclusão dos seguintes tipos de incidentes: “infecção relacionada com a assistência à saúde”, “medicamento/fluidos intravenosos”, “sangue/produtos derivados do sangue”, “artigos médicos/equipamentos” e “infraestrutura/ edifício/instalações”.

3.1. IATROGENIAS MEDICAMENTOSAS

Estudo de Leite, et al. (2018), permitiu inferir sobre as questões iatrogênicas praticadas pela equipe de UTI, sendo mais comumente observados os erros de medicação entre esses profissionais. Outrossim, de acordo com Mauro, et al. (2019), além dos fatores como falhas na administração de medicamentos, outras falhas nos cuidados prestados pela equipe de saúde foram apontadas como fatores que contribuem para a ocorrência de erros e estão diretamente ligados aos princípios básicos de administração de medicamentos. Sendo assim, de acordo com Dutra, et al. (2017), esses erros podem acontecer desde a prescrição, dispensação do farmacêutico e administração, que pode estar relacionada à dose, horário, paciente certo, entre outros.

Aliado a isso, segundo Souza, et al. (2018), falta de conhecimento sobre medicamentos e de informação sobre pacientes; falhas na administração de doses; problemas relacionados com os dispositivos de infusão de fármacos atribuídos a má compreensão da prescrição; ordens verbais de medicação sem estar prescrito, são fatores que corroboram esse tipo de iatrogenia. Ademais, de acordo com estudo Costa, et al. (2019), a omissão de doses medicamentosas foi a principal causa em eventos iatrogênicos em idosos hospitalizados no hospital em questão, sendo que os dados foram coletados de 100 prontuários, dos quais se identificou, por meio de um instrumento criado pelos autores, que esse elemento foi a iatrogenia mais frequente, em 83% dos casos.

Sob esse contexto, segundo Dhawan, et al. (2015), a medicação errada era o tipo mais comum de erro (48%) ocorrendo no perioperatório, seguido por overdose (38%), via de administração incorreta (8%), sob dosagem (4%) e omissão (2%). Opioides, estimulantes cardíacos e vasopressores foram os culpados mais comuns. 42% de administração de medicação errada ocorreu após troca de seringa, troca de ampola de droga ocorreu em 33%, e a escolha errada do medicamento foi feita em 17%. A alta quantidade de medicamentos prescritos para pacientes internados em UTI's é um indicador de risco, pois o aumento do número de medicamentos prescritos é diretamente proporcional ao desenvolvimento de interações medicamentosas e efeitos adversos, aumentando o tempo de internação.

Além das interações medicamentosas, a polifarmácia reforça a iatrogenia, como demonstrado em estudo de Alvim, et al. (2015), que concluiu que as interações medicamentosas potenciais relacionadas aos antimicrobianos ocorreram em 46% dos pacientes, sendo 51% classificadas como contraindicadas ou de gravidade importante. Desse modo, segundo Fernandes, (2019), as intervenções farmacêuticas poderiam contribuir na diminuição de erros de medicação, melhorar os resultados clínicos do paciente e reduzir os custos do tratamento. Outrossim, estudo de campo qualitativo de Santos et al. (2020), observou-se que muitas vezes a pessoa que prepara a medicação não é a mesma que administra, o que corrobora em uma não sinergia.

Em relação a população pediátrica, conforme Machado, et al. (2015), os erros mais encontrados na amostra pediátrica do estudo foram os erros de dose, diluição e intervalo em um neonatal na UTI, haja vista que a avaliação do diluente prescrito é frequentemente não incluída na análise da prescrição e geralmente relatada em estudos sobre erros na fase de administração, sendo o erro de dose o mais frequente tipo de erro. Outro ponto relevante, sob o âmbito das iatrogenias advindas de paradas cardiorrespiratórias (PCR), segundo estudo de campo qualitativo de Pereira, et al. (2021), alguns eventos iatrogênicos são advindos da administração e diluição errônea de fármacos como adrenalina, vasopressina, amiodarona, lidocaína e sulfato de magnésio. A adrenalina, por ser uma droga adrenérgica, pode provocar grande estimulação de receptores adrenérgicos e isso pode levar a picos de pressão arterial elevada devido a estimulação de receptores alfa 1.

3.2. IATROGENIAS POR IMPRUDÊNCIA RELACIONADA A SOBRECARGA DE TRABALHO

Segundo Júnior et al (2019), em estudo descritivo, concluiu-se que desafios como sobrecarga de trabalho, falhas associadas à estrutura física e material, condições do ambiente (desorganização) e interrupções frequentes corroboram a maior chance de conduta iatrogênica. Aliado a isso, perante estudo qualitativo, descritivo e exploratório de Barros et al (2019), ressaltou-se que jornadas de trabalho excessivas podem conduzir ao desenvolvimento de estresse e fadiga devido à privação de sono, e estes podem afetar, de alguma maneira, os processos cognitivos do profissional, assim, estes podem ser fatores que dificultam a aplicabilidade adequada das medidas de controle de infecções e de outras ações que visam à segurança do paciente.

Segundo estudo de Santana, et al. (2015), a maioria dos entrevistados destacou, como principais fatores que corroboram erros nas UTI's, o cansaço físico e psicológico dos profissionais, trabalho realizado de forma mecânica sem visão holística para o paciente, pressão na realização das atividades, problemas pessoais trazidos de casa, falta de treinamento adequado e organização do setor e sobrecarga de trabalho. Ademais, de acordo com Souza, et al. (2018), o turno da manhã foi onde se observou maior incidência de eventos adversos, que podem ser atribuídos pela maior frequência de procedimentos. Já os registros da noite foram correlacionados com o número de horas de trabalho ser maior do que os outros turnos, conseqüentemente, levando à fadiga e ao estresse.

3.3. IATROGENIAS POR FALTA DE DESCONTAMINAÇÃO DE INSTRUMENTOS

De acordo com Amaral, et al. (2019), constatou-se como bases iatrogênicas em UTI's a falta de higienização das mãos de forma rotineira, haja vista que as infecções referentes à assistência à saúde (IRAS) podem ser ocasionadas por microrganismos presentes na mucosa e pele dos pacientes (endógenas) ou por microrganismos disseminado a partir de outro paciente, ambiente circulante ou pelo próprio profissional de saúde (exógenas), comprovando que o principal motivo para não aderirem à higienização das mãos, não é pela ausência de produtos bons, mas sim pela negligência da prática.

Aliado a isso, de acordo com estudo quantitativo e descritivo de Oliveira et al. (2019), torniquetes foram reutilizados nas unidades de terapia intensiva (UTI) sem estarem sujeitos a processos recorrentes de descontaminação, e verificou-se que os

profissionais compartilham esses dispositivos entre si e os usam sucessivamente por períodos entre duas semanas e sete anos e meio. Assim, o reaproveitamento do torniquete pode comprometer a segurança do paciente se o reprocessamento (limpeza, desinfecção, esterilização) não for adequado, dado o tipo de material do torniquete e a microbiota encontrada. Ademais, segundo Dutra et al. (2019), infecções constantes em UTI's são as pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV), infecção que se inicia após a intubação endotraqueal e o estabelecimento da ventilação mecânica invasiva, e que tem, como agente causador, um microrganismo que não estava presente ou incubado.

Ainda sobre o tema, segundo Mendes et al. (2017), a contaminação de equipamentos nas unidades e a desinfecção com álcool 70% foi comprovada, bem como deve haver 1 lavatório a cada 5 leitos de não isolamento com torneiras ou comandos que dispensem o contato com as mãos e a provisão de insumos necessários para lavagem das mãos como água, sabão e papel toalha, além de reforçar sobre os materiais e equipamentos que devem ser individualizados para cada leito. Segundo estudo transversal, descritivo e quantitativo de Korb et al. (2019), profissionais desconhecem o tempo mínimo para que a preparação alcoólica destrua os microrganismos nas mãos. Com relação aos itens que devem ser evitados por associarem-se à possibilidade de colonização, a maioria dos participantes correspondeu às expectativas ao assinalarem as respostas corretas.

3.4. IATROGENIAS POR CUIDADOS DE SAÚDE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

Oliveira et al. (2019), observaram que a maiorias das falhas iatrogênicas ocorrem durante o atendimento inicial ao paciente, bem como que, em alguns casos, os profissionais não souberam detectar corretamente o evento iatrogênico nem as condutas imediatas necessárias. Conforme estudo de Leyes, et al. (2020), 107 eventos adversos foram detectados, dentro do espaço amostral de 174 pacientes, sendo que 35% deles apresentaram algum evento relacionado a segurança, como a descarga acidental de tubos, cateteres e drenos e extubações não programadas. Dos 107 eventos detectados, 76,6% geraram algum tipo de dano, constituindo-se em eventos adversos, sendo que a maioria (75,6%) produziu prolongamento da permanência na UTI.

Segundo revisão literária de Barakat-Johnson, et al. (2019), muitos pacientes graves requerem dispositivos médicos que são colocados na boca, nariz ou ao redor

da orelha para monitoramento e fins terapêuticos, assim, podem ocorrer danos na inserção do dispositivo. Outrossim, os danos podem ser causados por fitas adesivas que irritam a pele e podem causar atrito ou por tubos endotraqueais que estão muito apertados e causar pressão e fricção. Aliado a isso, segundo análise de Cavalcanti, et al. (2020), há diversos fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão relacionadas ao dispositivo médico, o que inclui a gravidade do paciente, o tempo de internação, a umidade, fricção da pele, a idade, o uso de drogas de vasoativas e os sedativos, sendo os materiais, que em sua maioria têm estrutura rígida e não maleável, fatores de risco para predisposição.

Segundo Marques, et al. (2018), o prejuízo ao paciente, prolongamento no tempo de internação e uso improdutivo de recursos, são algumas das consequências das falhas de comunicação, bem como as iatrogenias mais relatadas no estudo foram: infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico antes de 72 horas da punção, úlcera por pressão, queda, perda de sonda nasointestinal, sinais flogísticos em acesso venoso central, lesão por contenção, hematomas por técnica incorreta de enoxaparina sódica, administração de medicação por via incorreta e hiperemia de inserção em dreno a vácuo. Assim, pode-se observar, conforme estudo de Dias et al, (2020), que a lesão por pressão (LPP) foi um dos eventos adversos que ocorreu com maior frequência na UTI, e como uma causa externa, corresponde à segunda maior causa de morbidade hospitalar em homens.

Sob contexto de pandemia de Covid-19, estudo de Beverina, et al. (2020), ressaltou que várias causas podem levar a uma redução do número de glóbulos vermelhos nesse cenário, como sangramento causado pela doença subjacente ou induzida por procedimentos invasivos, hematopoiese com restrição de ferro secundária a inflamação e redução do tempo de vida das células vermelhas. Aliado a isso, a quantidade diária de sangue retirada para os frequentes exames de sangue pode representar fator de piora. Com o objetivo de diminuir a anemia iatrogênica, a *Society of Critical Care Medicine* e a *American Association of Blood Banks* apoiaram a campanha “Escolhendo com Sabedoria”, ressaltando que os médicos não peçam teste de diagnóstico em intervalos regulares (como todos os dias), mas sim em resposta a perguntas específicas, e que não façam testes de sangue em série com pacientes clinicamente estáveis.

Sob esse contexto, de acordo com Eulmesekian, et al. (2019), os principais eventos adversos admitidos na coorte foram infecções associadas a cuidados de

saúde, complicações de procedimentos (como pneumotórax associado à linha central), adversidades medicamentosas (como hipoglicemia secundária à infusão de insulina), complicações cirúrgicas (como sangramento após cirurgia), diagnósticos incorretos e eventos adversos do sistema (como atraso em um procedimento que causa deterioração do paciente). Outro evento adverso comum nas UTI's é a extubação não planejada, definida como a remoção precoce ou o mau posicionamento inadequado do tubo endotraqueal na via aérea.

Ainda são pontuados, segundo Souza, et al. 2018, o difícil manejo da sedoanalgesia e a aplicação de protocolos que permitem o manejo do nível neurológico e da agitação do paciente, visto que esses fatores o põem em risco ao evento iatrogênico. Além dos eventos mencionados, identificaram-se outros incidentes isolados que estão minimamente relacionados aos cuidados. Perda de acesso venoso central, que tem como fatores a infecção do cateter, a retirada acidental, a má fixação, a obstrução e a autorretirada. Também, a perda de dreno cefálico, retirada de sondas vesicais pelo paciente e falhas de identificação de sondas enterais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do que foi exposto neste trabalho compreende-se a necessidade de identificar e verificar tanto a etiologia das iatrogenias, quanto as possíveis formas de evitá-las no que concerne à UTI. Dessa forma, ressalta-se que a prática iatrogênica em pacientes assistidos pela medicina intensiva pode causar danos diversos, desde a piora do quadro clínico, quanto ao óbito, sendo que entre esses dois panoramas há o aumento de risco de infecções, aumento da permanência hospitalar gerando instabilidade na demanda e oferta de leitos e custos elevados para a funcionalidade da UTI. Com a objetividade de realizar uma pesquisa eficiente foi instaurada uma análise de revisão descritiva sustentada pela estratégia PICO, mediante a isso a metodologia possui uma base forte e com respaldo científico criterioso.

Mediante aos achados na literatura categoriza-se as iatrogenias em: medicamentosa, imprudência relacionada à sobrecarga de trabalho, falta de descontaminação dos instrumentos e por procedimentos hospitalares. Infere-se, portanto, que ao descobrir a etiologia iatrogênica é possível a tentativa de evitá-la, exemplo disso é a iatrogenia pela falta de descontaminação dos instrumentos, a qual

caso fosse feito a devida higienização evitaria microrganismos indesejáveis causadores de infecções. Logo, com a análise da etiologia iatrogênica esta pesquisa alcança seu objetivo tanto de elencar as origens iatrogênicas, quanto interpretar suas ocorrências para raciocinar as prováveis prevenções.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, M. M., et al. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 4, p. 353-359, 2015.
- AMARAL, L. S., et al. **Principais fatores causais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Unidades de Terapia Intensiva**: uma revisão integrativa. 20 f. Tese (Graduação) - Curso de Enfermagem, Uniceplag, Gama, 2019.
- BARAKAT-JOHNSON, M., et al. The incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in intensive care: a systematic review. **Journal Of Wound Care**. p. 512-521, 2019.
- BARROS, F. E., et al. Controle de infecções a pacientes em precaução de contato. **Revista Online de Enfermagem UFPE**, v.13, n.4, p.1081-1089, 2019.
- BEVERINA, I., et al. Iatrogenic anaemia and transfusion thresholds in ICU patients with COVID-19 disease at a tertiary care hospital. **Transfusion And Apheresis Science**, v. 60, n. 2, p. 103068, 2020.
- BITTENCOURT, M. G. F., et al. Relação Médico Paciente: Iatrogenia x Prática médica. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 4, n.14, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAVALCANTI, E. O., et al. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico em adultos: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2020.
- COSTA, A., et al. Iatrogenia medicamentosa em idosos hospitalizados no interior do Amazonas. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 99-111, 2019.
- DIAS, B. S., et al. **Incidentes e eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. 2020. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.
- DUTRA, D. D., et al. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n.3, p. 669-675, 2017.

- DUTRA, L. A., et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Online de Enfermagem UFPE**, v.13, n.4, p.884-892, 2019.
- EULMESEKIAN, P. G., et al. The occurrence of adverse events is associated with increased morbidity and mortality in children admitted to a single pediatric intensive care unit. **European Journal Of Pediatrics**, v. 179, n. 3, p. 473-482, 2019.
- FERNANDES, L. L. A importância do farmacêutico hospitalar juntamente com a equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revista FAROL – Rolim de Moura – RO**, v. 8, n. 8, p. 5-21, 2019.
- GUIMARÃES, H. P., et al. **Manual de Medicina Intensiva**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2015.
- JÚNIOR, M. A. P. R., et al. Desafios e perspectivas para a administração segura de medicamentos pela Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.25, n.25, p. 452-452, 2019.
- KORB, J. P., et al. Conhecimento Sobre Higienização das Mãos na Perspectiva de Profissionais de Enfermagem em um Pronto Atendimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v.11, n.1, p.517-523, 2019.
- LEITE, S. G., et al. Produção nacional sobre iatrogenias e eventos adversos em distintos setores hospitalar. **Anais III CONBRACIS**. Campina Grande: Realize Editora, 2018.
- LEYES, L., et al. Estudo da incidência de riscos e eventos relacionados à segurança em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Med Uruguai**, v. 36, n. 3, p. 246-263, 2020.
- MAIA, C. S., et al. Notificação de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil em 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2,10 p, 2017.
- MATOS, L., et al. A ação iatrogênica da equipe de enfermagem para a saúde do idoso. **Rev Contexto e Saúde**, v. 10, n. 20, p. 541-544, 2017.
- MAURO, E. A. C., et al. Erros na Administração de Medicamentos. **Revista Pró-UniversUS**, v. 10, n. 1, p. 51-54, 2019.
- MENDES, J. R., et al. Proposta de protocolo para descontaminação de equipamentos em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, n.1, p.1-5, 2017.
- OLIVEIRA, A. S., et al. Health professionals' practices related with tourniquet use during peripheral venipuncture: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.27, n.1, p.1-11, 2019.

- OLIVEIRA, B. S. **Parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre as ocorrências iatrogênicas.** 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios, 2019.
- PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2018.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, v. 11, n. 12, p. 5297-5304, 2017.
- PEREIRA, E. S., et al. **Iatrogenias farmacológicas provocadas por medicamentos usados durante a Parada Cardiorrespiratória: revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e2818-e2818, 2021.
- PEREIRA, E. S., et al. Iatrogenias farmacológicas provocadas por medicamentos usados durante a Parada Cardiorrespiratória: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol.13, n.2, 2021.
- RIPARDO, M., et al. Iatrogenias em idosos hospitalizados: estudo exploratório-descritivo. **Revista Bioética**, v.27, n.1, p. 98-104, 2019.
- SANTANA, J. C. B., et al. Iatrogenias na assistência em uma unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Online de Enfermagem**, v. 18, n.2, 2015.
- SANTOS, J. M., et al. A invisibilidade da iatrogenia na enfermagem na administração de medicamentos. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 2, p. e21-e21, 2020.
- SOUZA, R. F., et al. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Enfermagem UFPE**, v.12, n.1, 2018.

