

© TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

REVISTA CIENTÍFICA

EDIÇÃO 004

Dez. 2023

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES
EDITOR CHEFE

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA
EDITOR EXECUTIVO

DAVID SILVEIRA MARINHO
EDITOR CIENTÍFICO

JEFFERSON SILVA FERREIRA MESQUITA
EDITOR GRÁFICO

IJF 24 DE
HORAS PROTEÇÃO
À VIDA


IJF Instituto
Dr. José Frota
Referência em saúde.



Fortaleza
PREFEITURA





Copyright

2024 Instituto Doutor José Frota

ISSN: 1809-3086

COPYRIGHT E REPRODUÇÕES

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte

Revista Científica do Instituto Doutor José Frota, Brasil

O Instituto Doutor José Frota (IJF) é responsável pela editoração e organização da Revista Científica do Instituto Doutor José Frota, cujo objetivo é contribuir para a divulgação e o desenvolvimento da pesquisa científica na área da saúde

CORRESPONDENCIA

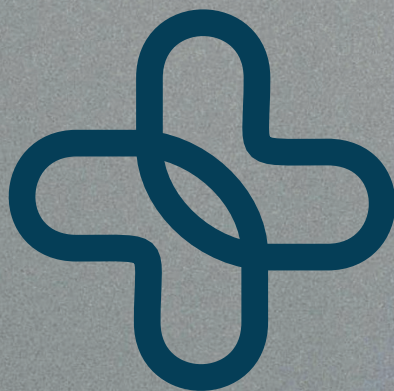
Revista Científica do Instituto Doutor José Frota

Centro de Estudos e Pesquisa LIF

Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP: 60025-061

Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: cepesq@ijf.ce.gov.br



DANIEL DE HOLANDA ARAÚJO
SUPERINTENDENTE

FERNANDO ANTONIO MENDES FAÇANHA FILHO
SUPERINTENDENTE ADJUNTO

ROBERTO CÉSAR PONTES IBIAPINA
DIRETOR MÉDICO

JACQUELINE DE SOUSA LIMA RIBEIRO
DIRETORA DE ENFERMAGEM

CRISTIANE RODRIGUES DE SOUSA
DIRETORA TÉCNICA

RITA DE CÁSSIA RODRIGUES PEREIRA
DIRETORA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

REVISTA CIENTÍFICA IJF

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES
EDITOR CHEFE

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA
EDITOR EXECUTIVO

DAVID SILVEIRA MARINHO
EDITOR CIENTÍFICO

JEFFERSON SILVA FERREIRA MESQUITA
EDITOR GRÁFICO

CORPO EDITORIAL

ADORISIO BONADIMAN **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E ENDOSCOPISTA (PR)**

DANIEL SOUZA LIMA **CIRURGIÃO GERAL (CE)**

DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ **ANESTESIOLOGISTA (CE)**

DARLA MOREIRA CARNEIRO LEITE **PSICÓLOGA (CE)**

EDILSON MARTINS RODRIGUES NETO **FARMACÊUTICO (CE)**

EDUARDO HENRIQUE CRONEMBERG COSTA **ONCOLOGISTA (CE)**

FRANCISCO JOSÉ CABRAL MESQUITA **CIRURGIÃO GERAL E UROLOGISTA (CE)**

FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (CE)**

KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO **GINECOLOGISTA (CE)**

LUCIANA MARIA DE BARROS CARLOS **HEMATOLOGISTA (CE)**

MARCELO LOPES FURTADO **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (SP)**

MAXIMILIANO AGUIAR PORTO **ORTOPEDISTA (CE)**

POLIANNA LEMOS MOURA MOREIRA ALBUQUERQUE **NEFROLOGISTA (CE)**

RAFAELA ELIZABETH BAYAS QUEIROZ **MEDICINA DE EMERGÊNCIA (CE)**

RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO **CIRURGIÃO GERAL (CE)**

RÉGIA MARIA PRADO PINTO **ASSISTENTE SOCIAL (CE)**

RITA NEUMA DANTAS CAVALCANTE DE ABREU **ENFERMEIRA (CE)**

ROCLIDES CASTRO DE LIMA **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (MA)**

SANDRA MARA BRASILEIRO MOTA **FARMACEUTICA BIOQUÍMICA (CE)**

VANESSA DA FROTA SANTOS **ENFERMEIRA (CE)**

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Instituto Doutor José Frota é um periódico científico revisado por pares, seguindo as instruções de revisão cega. O anonimato e a confidencialidade são garantidos durante todo o processo de avaliação. Os manuscritos submetidos serão redigidos em português e deverão ser destinados exclusivamente à revista, ficando os autores responsáveis pela revisão da língua portuguesa e não podendo ser submetido simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Artigos em outros idiomas podem ser aceitos em casos selecionados pelos editores.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. Assim, a comissão editorial da revista considera autor quem:

- a) Contribuiu substancialmente na concepção ou desenho do trabalho;
- b) Realizou a análise e interpretação dos dados;
- c) Redigiu o artigo ou realizou sua revisão crítica.

Os manuscritos devem ser organizados segundo as indicações a seguir:

CATEGORIAS DE ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

Artigo Original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

Artigo de Revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a área da saúde.

Relato de Caso: descrição detalhada de caso clínico relevante, que pode ser de casos inusitados ou que sejam de grande impacto para o conhecimento da comunidade acadêmica, relatando sua evolução e os procedimentos utilizados para o seu tratamento.

Inovação em Saúde: artigos destinados à divulgar ou demonstrar abordagens ou instrumentos inéditos com o objetivo de fomentar a saúde.

FORMATAÇÃO

Arquivo no formato Word, papel tamanho A4. Margens superior, inferior, esquerda e direita de 2,4 cm. Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato doc ou docx. Espaçamento 1,15 entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples; parágrafos de 1,25 cm.

Utilize itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

ESTRUTURA

A apresentação dos trabalhos deverá seguir a seguinte ordem:

- **Página do Título:** Título em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

- Sinalizar o tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão ou relato de caso) logo abaixo do título.
- Nome completo dos autores, maior titulação e filiação institucional de cada autor a qual se relaciona o estudo.
- Nome e e-mail do autor responsável pela submissão.
- Fonte financiadora da pesquisa (se houver) e informar se há conflitos de interesse.
- Se o manuscrito for baseado em tese/dissertação, colocar asterisco no título do manuscrito e identificar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

ARTIGO

- A estrutura irá variar de acordo com o tipo de trabalho enviado:
- Artigo Original e Inovação em Saúde: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.
- Artigo de Revisão: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão e Referências.
- Relato de Caso: Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato do Case, Discussão, Conclusão e Referências.

Ao final, deve constar de 3 a 6 descritores, em português e inglês, digitados em caixa alta e separados por ponto e vírgula. Devem ser empregados aqueles que constam na lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME ou na base da Biblioteca virtual em saúde (BVS), disponível em: <http://desc.bvs.br>

Segue descrição sucinta dos elementos do texto:

- Introdução: apresentar claramente o propósito do estudo, o contexto e a justificativa apoiadas em referenciais pertinentes aos objetivos,
- Objetivos: apresentem a intenção de esclarecer aquilo que o pesquisador pretende desenvolver, desde os caminhos teóricos até os resultados a serem alcançados. São explicitados no final da introdução;
- Metodologia: descrição resumida dos métodos, técnicas e materiais empregados na pesquisa;
- Relato de Caso: deve ser conciso, com o menor número possível de abreviaturas. Sendo claro e objetivo ao descrever o evento ao qual se pretende apresentar,
- Resultados: descrição dos dados obtidos na investigação, com uma sequência lógica, sendo necessário para sustentar as conclusões da pesquisa,
- Discussão: limita-se à importância de novas informações, relacionando com os conhecimentos já existentes;
- Conclusões, devem ser apresentadas de forma clara e concisa.

AGRADECIMENTOS

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse. Essa seção é opcional.

CORPO DO TEXTO

O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecédidos por uma linha em branco. Não pode conter nenhuma identificação dos autores. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os utilizando uma linha em branco. As figuras e tabelas devem ser enviadas separadamente, devendo constar no texto os locais sugeridos para sua inserção. Frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

REFERÊNCIAS

As citações devem ser realizadas no corpo do texto, utilizando números arábicos e entre parênteses. As referências que forem intercaladas deverão ser separadas por vírgula, enquanto as referências contínuas deveram ser separadas por "-".

ENVIO DO MANUSCRITO

Nesse local explicitado a forma de submissão. As submissões deveram ser realizadas por intermédio do site

Na página ha caixas de texto correspondente às modalidades de artigo (artigo original, artigo de revisão e relato de caso). As caixas contêm os elementos obrigatórios para cada modalidade. O preenchimento dessas caixas é bastante intuitivo.

Caso o artigo possua imagens, quadros ou tabelas, após a submissão pela plataforma do site, os autores deverão enviar um e-mail para cepesq@ijf.ce.gov.br com o assunto "Nome do Artigo dados complementares" e anexar em formato.doc ou word as imagens (contendo a correta identificação e descrição) e/ou tabelas e quadros.

Caso os autores possuam alguma dificuldade na plataforma de submissão ou alguma problemas para realizar a submissão, envie um e-mail solicitando auxílio para, cepesq@ijf.ce.gov.br

APÓS A SUBMISSÃO

Após a submissão, nossos editores entrarão em contato para confirmar a submissão e atualizar os autores das etapas de publicação.

SUMÁRIO

APENDICITE AGUDA OCASIONANDO HERNIA INTERNA E OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM UM PACIENTE IDOSO	11
FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS ^{1*} ; THYAGO HALLISSON CARNEIRO RIOS ² ; BRUNO DE SOUSA SOARES ³ ; FELIPE DE LIMA MONTEIRO ⁴ ; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO ⁵ ; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR ⁶ .	
MAMAPLASTIA REDUTORA AXILAR, DE FELICIO NO TRATAMENTO DAS GINECOMASTIAS SIMON III NA ADOLESCÊNCIA.....	16
YHELDA DE ALENCAR FELICIO ^{1*} ; SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA ² ; EUDEMARA FERNANDES DE HOLANDA ³ ; ALANA D'AVILA REBELO ³ ; BRUNA MARQUES BARRETO NUNES ³ .	
TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS ABDOMINAL EM UM PACIENTE JOVEM SUBMETIDO A RESSECÇÃO CIRÚRGICA	20
FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS ¹ ; RAYLENE RAMOS MOURA DE ARAÚJO ² ; PAULO ELOI LEITÃO DE CASTRO MATOS ³ ; CARLOS MÁRCIO MELO DE MATOS ⁴ ; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO ⁴ ; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR ⁴ .	
BRAQUIOPLASTIA COM ABORDAGEM VIA AXILAR: É POSSÍVEL REALIZAR?	25
YHELDA DE ALENCAR FELÍCIO ¹ ; SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA ² ; ALANA D'AVILA REBELO ² ; EUDEMARA FERNANDES HOLANDA ² ; BRUNA BARRETO ² .	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MANDÍBULA COMINUTIVA COM FIXAÇÃO EXTERNA.....	29
KARINY OLIVEIRA SILVA ¹ ; JOSÉ MARIA SAMPAIO MENEZES JÚNIOR ² ; RICARDO FRANKLIN GONDIM ³ ; CLARICE MAIA SOARES DE ALCÂNTARA PINTO ⁴ ; ARIEL VALENTE BEZERRA ⁵ .	
DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE	32
DIEGO TOMAZ TELES PEIXOTO ¹ ; BÁRBARA TIMBÓ CID ² ; BÁRBARA HOLANDA ROCHA DE ALCÂNTARA MACEDO ³ ; FREDERICO COSTA DOS SANTOS ¹ ; HUMBERTO DE HOLANDA MADEIRA BARROS ¹ ; FRANCISCO JOSÉ CABRAL MESQUITA ¹ .	
RETALHO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO MEDIAL PARA CIRURGIA REPARADORA DO JOELHO	35
ROSELY MORAES GONÇALVES DE MOURA ¹ ; ALANO MOURÃO LEANDRO ² ; KAIO DANILO LEITE DA SILVA ROCHA ² ; ISADORA TEIXEIRA DE FREITAS CAVALCANTE ³ .	
INSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ACESSO VASCULAR E TERAPIA INFUSIONAL EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	40
ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO ¹ ; FABERGNA DIANNY DE ALMEIDA SALES ² ; ADRIANA LIMA DE ARAÚJO ³ ; LUCELIA BARROSO CARNEIRO ⁴ ; NAYARA CUNHA DE CASTRO ASANO ⁵ .	
CONSTRUÇÃO E USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	44
RENATA ROCHA DA COSTA ¹ ; MARIA LÍVIA ALEXANDRE FACÓ BEZERRA ² ; MARIA JAQUELINA MARTINS JORGE ³ ; CLAYRE ANNE DE ARAÚJO AGUIAR ⁴ ; ADMAN CÂMARA SOARES LIMA ⁵ .	

INADEQUAÇÃO DE ANTIOXIDANTES E SUA RELAÇÃO COM DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES CRÍTICOS.....49

TAÍS XIMENES SOBREIRA^{1*}; BENEDITA JALES SOUZA²; SÂMIA LOPES DA COSTA²; AYANA FLORÊNCIO DE MENEZES².

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: STOP ENFERMAGEM.54

LORENA MATOSO VILELA DE SANTANA¹; ANA CLEIDE SILVA RABELO²; DALLIANY ARAÚJO DE OLIVEIRA³; VANESSA SILVEIRA FARIA⁴; KARÍZIA VILANOVA ANDRADE⁵; JANAINA MARIA MAIA FREIRE⁶; HESLY MARTINS PEREIRA LIMA⁷; REBECA SOUSA SILVEIRA SOARES⁸

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA EMERGÊNCIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA.....59

DANIELLE DE MENEZES VIEIRA NÉO^{1*}; RÉGIA MARIA PRADO PINTO².

ACESSO DEGLOVING PARA FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL71

JÚLIA TAVARES PALMEIRA¹; JAYARA FERREIRA DE AGUIAR²; CLARICE MAIA SOARES DE ALCÂNTARA PINTO³; RICARDO FRANKLIN GONDIM⁴; JOSÉ MARIA SAMPAIO MENEZES JÚNIOR⁵; ANTÔNIO MONT'ALVERNE LOPES FILHO⁶.

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM SEIO MAXILAR.....75

DIEGO LEARTH LIMA¹; JOSFRAN DA SILVA FERREIRA FILHO¹; RICARDO FRANKLIN GONDIM¹; JOSÉ MARIA SAMPAIO MENEZES JUNIOR¹; RAFAEL LINARD AVELAR¹.

ANAIS DA XII JORNADA DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL/I JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DO IJF79

- RESUMOS APROVADOS NO EVENTO 80
- RESUMOS APROVADOS E APRESENTADOS NO EVENTO..... 103

RELATO DE CASO

APENDICITE AGUDA OCASIONANDO HERNIA INTERNA E OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM UM PACIENTE IDOSO

FILIPÉ HERSON CARNEIRO RIOS^{1*}; THYAGO HALLISSON CARNEIRO RIOS²; BRUNO DE SOUSA SOARES³; FELIPE DE LIMA MONTEIRO⁴; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO⁵; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR⁶.

1 - Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

2 - Cirurgião Geral graduado no Complexo Hospitalar Obras Sociais Irmã Dulce.

3 - Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio e Oncológico graduado pelo Instituto do Câncer do Ceará.

4 - Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals e Oncológico graduado pelo Instituto do Câncer do Ceará.

5 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals e Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals.

6 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals e Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: filipi_rios@hotmail.com.

RESUMO

A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer intervenção cirúrgica, com risco de desenvolvê-la ao longo da vida em torno de 7%. É uma das poucas condições cirúrgicas em que o diagnóstico pode ser suspeitado unicamente pela história e exame físico. Contudo, em alguns casos, sobretudo nos extremos de idade e em doentes debilitados, apresentações atípicas requerem o auxílio de métodos complementares. A clínica de obstrução intestinal pode estar presente na apendicite aguda, principalmente em casos atípicos. Dizemos que um quadro de obstrução intestinal encontra-se presente sempre que o conteúdo luminal do intestino é impedido de progredir distalmente de maneira habitual. A tríade clássica em um quadro de obstrução intestinal é composta por: parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal e distensão. As principais causas são bridas e aderências, hernias de parede abdominal e neoplasias. O tratamento depende da causa. Não há relato na literatura de apendicite aguda ocasionando formação de hérnia interna no intestino delgado e obstrução intestinal. A cirurgia foi decisiva para diagnóstico e tratamento do quadro de obstrução intestinal e apendicite aguda.

Palavras-chave: Apendicite; Obstrução Intestinal; Hérnia Interna.

ABSTRACT

Appendicitis is the most common cause of acute abdominal pain that requires surgical intervention, with a lifetime risk of developing it around 7%. It is one of the few surgical conditions in which the diagnosis can be suspected solely by the history and physical examination. However, in some cases, especially in the extremes of age and in debilitated patients, atypical presentations require complementary methods for diagnosis. The clinical appearance of intestinal obstruction may be present in acute appendicitis, especially in atypical cases. We say that a condition of intestinal obstruction is present whenever the luminal contents of the intestine are prevented from progressing distally in the usual way. The classic triad is composed of: gas and feces elimination stop, abdominal pain and distension. The main causes are adhesions, hernias and cancer. Treatment depends on the cause. There are no reports in the literature of acute appendicitis causing internal hernia in the small intestine and bowel obstruction. The surgery was decisive for the diagnosis and treatment of bowel obstruction and acute appendicitis.

Keywords: Appendicitis; Bowel Obstruction; Internal Hernia.

INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer intervenção cirúrgica no Ocidente, com risco de desenvolvê-la ao longo da vida em torno de 7%, sendo mais comum em adultos jovens. Seu diagnóstico precoce é essencial para reduzir a morbidade. O advento dos antibióticos e o manejo cirúrgico eficiente têm reduzido substancialmente a sua mortalidade, entretanto, ainda se associa à morte, particularmente em idosos ⁽¹⁻³⁾. Embora possa ocorrer em qualquer faixa etária, é mais encontrada entre os 10 e 30 anos de idade, com discreto predomínio no sexo masculino. É uma das poucas condições cirúrgicas em que o diagnóstico pode ser suscitado unicamente pela história e exame físico ⁽²⁾. Contudo, em alguns casos, sobretudo nos extremos de idade e em doentes debilitados, apresentações atípicas requerem o auxílio de métodos complementares ^(1,3).

O apêndice vermiforme é composto por uma estrutura tubular, alongada, de aproximadamente 2 a 20 cm de comprimento (média de 9 cm em adultos) e que tem origem na parede posteromedial do ceco, no local onde ocorre a confluência das tênias cólicas. Apresenta um mesoapêndice que lhe confere mobilidade e no qual encontramos a artéria e a veia apendiculares, ramos dos vasos ileocólicos. A patogênese da apendicite se correlaciona com a obstrução do lúmen apendicular, sendo causas a presença de um fecalito e hiperplasia dos folículos linfóides ⁽¹⁻²⁾.

A dor é descrita, inicialmente, como cólica leve, com duração habitual de quatro a seis horas, localizada na região periumbilical ou epigástrica. À medida que a inflamação se propaga para a superfície do peritônio parietal, localiza-se no quadrante inferior direito. Em 50 a 60% das vezes surgem anorexia, náuseas e vômitos. Pode haver sintomas urinários e gastrointestinais, como disúria, diarreia e constipação, podendo apresentar, inclusive, obstrução intestinal ^(1,3).

Dizemos que um quadro de obstrução intestinal encontra-se presente sempre que o conteúdo luminal do intestino é impedido de progredir distalmente de maneira habitual. A tríade clássica em um quadro de obstrução intestinal é composta por: parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal e distensão. Com a progressão da obstrução, a dor que inicialmente era em cólica se torna contínua e mais intensa. Quanto às náuseas e vômitos, quanto mais proximal for a obstrução, mais comum será a presença de vômitos precoces. Em contrapartida, quanto mais distal for a obstrução, mais distensão será observada e os vômitos serão mais tardios. Outro ponto interessante em relação aos vômitos é que, com a evolução da obstrução e com o supercrescimento bacteriano, o vômito torna-se mais fecaloide, o que nos indica uma obstrução mais tardia e, geralmente, mais distal ⁽¹⁾.

As bridas ou aderências, decorrentes de manipulações cirúrgicas prévias do abdome, são a principal

causa de obstrução intestinal do adulto. Geralmente a brida obstrui por angulação ou forma verdadeira faixa que comprime a alça intestinal. São fatores de risco para o desenvolvimento de aderências pós-operatórias: infecções intra-abdominais, isquemia tissular e corpos estranhos intra-abdominais. As bridas são muito mais comuns nas cirurgias de abdome inferior (colectomia, apendicectomia e cirurgias ginecológicas) e menos frequentes nas cirurgias altas (vias biliares e estômago) ^(1,4).

As hérnias externas, como as inguinais, as femorais, as incisionais e, mais raramente, as umbilicais, também podem levar à obstrução intestinal. O reparo eletivo das hérnias tem como principal indicação a prevenção deste quadro. As obstruções intestinais completas são mais frequentemente causadas por hérnias. Pacientes com obstrução de intestino delgado, sem história de cirurgia prévia e sem evidências de hérnias externas, devem levantar suspeita clínica de hérnia interna, sendo as mais comuns as hérnias paraduodenais e obturatórias ^(1,4,5).

O câncer colorretal é a causa mais comum de obstrução do intestino grosso. As causas intraluminais de obstrução colorretal incluem impactação fecal, bário condensado e corpos estranhos. As causas intramurais, além de carcinoma, incluem inflamação (diverticulite, doença de Crohn, linfogranuloma venéreo, tuberculose e esquistossomose), doença de Hirschsprung (aganglionose), isquemia, radiação, intussuscepção e estreitamento anastomótico. As causas extraluminais incluem aderências (a causa mais comum de obstrução do intestino delgado, mas raramente uma causa de obstrução colônica), hérnias, tumores em órgãos adjacentes, abscessos e volvo ^(1,5).

A oclusão intestinal ainda desafia os cirurgiões nos tempos atuais, não apenas pela difícil determinação do momento ideal para intervenção cirúrgica, como também pelas dificuldades encontradas na realização do ato operatório em si. O número de casos com obstrução intestinal vem aumentando e isto é reflexo do maior acesso ao sistema de saúde, o aumento na expectativa de vida e o maior número de intervenções cirúrgicas com formação de bridas e aderências.

O objetivo do presente estudo consiste em relatar um caso de apendicite aguda levando à formação de uma hérnia interna e obstrução intestinal, não tendo sido encontrado na literatura relato de caso com esta evolução.

RELATO DE CASO

R.V.S., masculino, 78 anos, sem comorbidades, refere quadro de ausência de evacuações há 10 dias associado a distensão abdominal. Evoluiu há 03 dias da admissão hospitalar com parada de eliminação de flatos, piora da dor abdominal e vômitos de aspecto fecaloide. Nega febre ou perda de peso associada. Não havia história de cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, apresentava-se hipotenso, taquicárdico, abdomen distendido, hipertímpanico, ruídos hidroaéreos ausentes, sem

peritonite. Toque retal com ausência de fezes em ampola retal e ausência de hérnias em orifícios herniários da parede abdominal. Laboratorialmente, apresenta leucocitose (16.600) e elevação das escórias nitrogenadas (creatinina = 2.4). Radiografia de abdômen agudo com distensão e edema de alças de delgado, ausência de dilatação colônica e ausência de gás em ampola retal. (**Figura 01**).

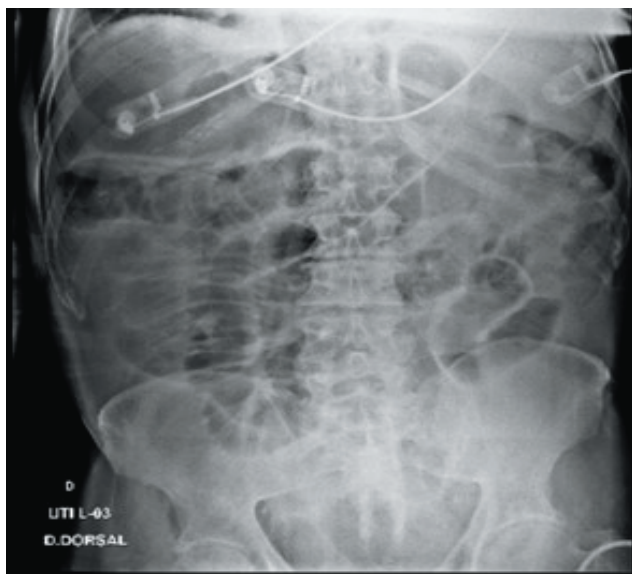


Figura 1. Radiografia de Abdomen evidenciando distensão de alças de delgado, presença de válvulas coniventes e edema de alças. Observe a ausência de distensão colônica.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Admitido na Unidade de Terapia Intensiva e iniciado medidas clínicas para abdômen agudo obstrutivo. Realizado expansão volêmica, passagem de sonda nasogástrica em aspiração e sonda vesical de demora para controle de balanço hídrico rigoroso. Apesar da melhora clínica evidente após medidas iniciais, paciente manteve-se distendido após 24 horas, com débito de 750ml/24horas de aspecto fecalóide pela sonda nasogástrica. Indicado laparotomia exploradora.

No intraoperatório, evidenciado quadro de apendicite aguda com a formação de uma hérnia interna com alças de delgado a partir da firme aderência formada na extremidade distal do apêndice cecal e o mesentério. As alças de delgado apresentavam-se edemaciadas e viáveis, sendo realizado apendicectomia e redução da hérnia interna (**Figura 02 e Figura 03**).

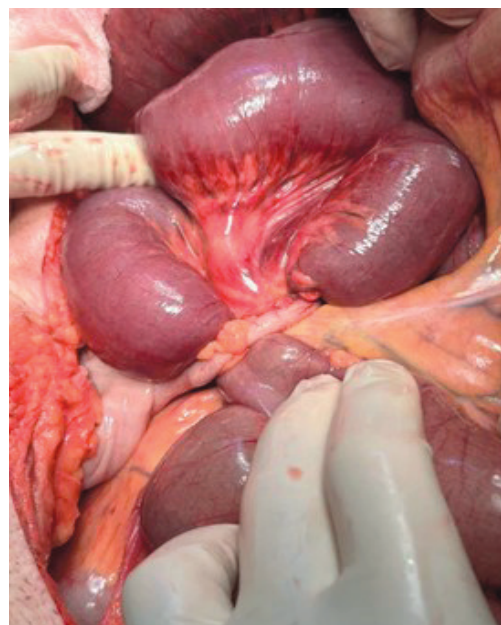


Figura 2. Apendicite Aguda com aderência firme em sua extremidade distal ao mesentério com formação de uma "brecha" e permitindo a passagem de alças de delgado pelo orifício herniário, configurando hernia interna e obstrução intestinal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Paciente evolui no pós-operatório estável clinicamente, evoluindo gradativamente com melhora das escórias nitrogenadas, sem queixas, aceitando bem a dieta e com eliminações fisiológicas, recebendo alta hospitalar após 01 semana de pós-operatório. O laudo do anatomopatológico confirmou apendicite aguda.

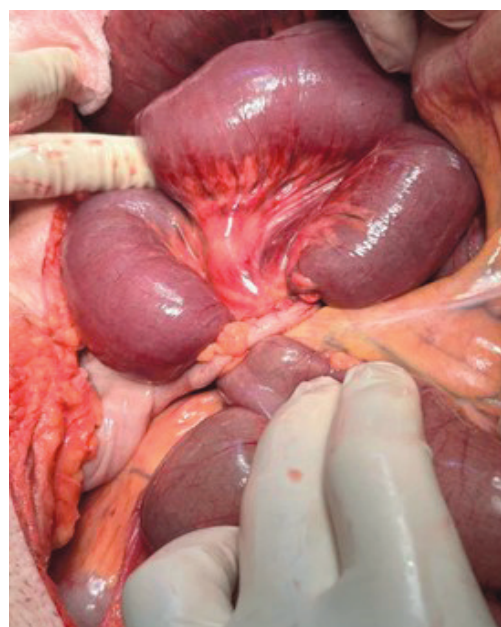


Figura 3. Apendicite Aguda com aderência firme em sua extremidade distal ao mesentério com formação de uma "brecha" e permitindo a passagem de alças de delgado pelo orifício herniário, configurando hernia interna e obstrução intestinal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

O número de casos de apendicite aguda no idoso vem aumentando nos últimos anos. De acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS, no período de 2015 a 2019, foram internados 26.616 pacientes por apendicite aguda no Brasil na faixa etária acima de 60 anos, ocorrendo um crescente aumento do número de internações nesse período, aumentando de 4.625 em 2015 para 6.385 em 2019. No período analisado foi possível observar que a faixa etária mais afetada dentre os idosos foi a de 60 a 69 anos e, no âmbito de comparação dentre os sexos, o masculino mostrou-se com maior prevalência de casos com 15.354. A apendicite é normalmente uma patologia de jovens, porém tem se tornado cada vez mais comum em idosos. Isso tudo devido a um envelhecimento populacional gerado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da taxa de fecundidade, mostrando que, conforme a demografia mundial tende a um número crescente de idosos, o número de internações de idosos e a necessidade de tratamento para essa condição patológica também aumentará ⁽⁶⁾.

No idoso, a doença é mais grave. A apresentação clínica é também atípica. A temperatura é menos elevada ou normal, e a dor abdominal é mais insidiosa, ocasionando um diagnóstico tardio, com maior incidência de perfuração e, conseqüentemente, maior mortalidade.

A clínica costuma ser mais silenciosa no idoso e a manifestação inicial pode ser de massa ligeiramente dolorida (abscesso apendicular primário) ou com obstrução intestinal produzida por aderências de perfuração apendicular não detectada previamente ⁽¹⁻³⁾. No caso apresentado, o quadro de obstrução intestinal ocorreu devido a formação de uma hernia interna devido a uma firme aderência da extremidade distal do apêndice cecal no mesentério. Essa forma de obstrução não tem relato na literatura.

Em estudo realizado em 107 doentes com idades variando entre 70 e 93 anos, observaram como principal causa de obstrução intestinal a brida pós-operatória (50%). Todavia, outros autores, que também estudaram pacientes idosos, assinalaram como causa mais comum de obstrução intestinal a hérnia inguinal, femoral ou umbilical. A segunda causa de obstrução intestinal considerada foi o câncer do colon, sendo o ceco o local mais acometido, seguido do sigmóide ^(5,6). Considerando a idade do paciente e a clínica de obstrução intestinal, a principal hipótese diagnóstica inicial foi neoplasia de cólon e hérnia interna, considerando a ausência de cirurgias prévias e hérnias de parede abdominal.

Os exames laboratoriais não foram elucidativo para o diagnóstico, embora uma leucocitose pode ser encontrada em apendicites. Nesses casos, o hemograma normalmente mostra uma variação entre 10.000 e 18.000 leucócitos, com uma média de 15.000/mm³ com desvio para a esquerda. A radiografia de abdomen pode evidenciar a presença de um nível hidroaéreo no ceco e íleo

terminal, distensão do delgado, escoliose com orientação para direita ou apagamento do psoas direito, sinais sem qualquer especificidade. Já nos casos de obstrução intestinal, a radiografia de abdomen, ao nível do intestino delgado, revela distensão de alças não ultrapassando 5 cm, com presença de válvulas coniventes, com achado clássico de empilhamento de moedas. Em obstruções colônicas, o cólon encontra-se distendido, com topografia mais periférica, podendo ser visualizado as haustrações colônicas ^(4,5,7). O paciente apresentava uma radiografia típica de obstrução de delgado, como descrito na análise da imagem. A hipótese diagnóstica foi reformulada, sendo voltada para neoplasia intra-luminal ou extra-luminal com efeito compressivo e hérnia interna.

As hernias internas, para serem formadas, faz-se necessário a formação de um óstio herniário intra-abdominal pelo qual irá se anunciar um conteúdo herniário. São dificilmente diagnosticada antes de laparotomias, o que pode gerar atrasos no diagnóstico e evoluir com estrangulamento das mesmas. As hernias internas podem ser congênitas, como as paraduodenais, transmesentéricas, transommentais, pericecais e pelo forame de Winslow, e as adquiridas, frutos de defeitos peritoneais criados após cirurgias abdominais, como as reconstruções post-gastrectomias e cirurgias bariátricas ⁽¹⁾. Hernias internas formadas em quadros de apendicite aguda não encontra precedentes na literatura.

A cirurgia foi decisiva para o diagnóstico e tratamento. A indicação cirúrgica ficou evidente com a refratariedade ao tratamento clínico da obstrução intestinal. O manejo clínico inicial é fundamental para estabilização do paciente e pode resolver a clínica de obstrução em alguns casos. Hidratação venosa, aspiração nasogástrica, dieta zero e controle sintomático são os pilares do manejo clínico. Devem ser mantido por 12-24 horas, podendo se estender por até 48 horas ⁽¹⁾. Considerando que o paciente não teve melhora em 24 horas, a indicação cirúrgica se impõe. Ademais, o paciente não apresentava gas ou fezes em ampola retal e, junto ao resíduo fecalóide pela sonda nasogástrica, sugerem obstrução completa e tardia, fortalecendo a indicação cirúrgica.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de apendicite aguda continua sendo desafiador e se revelando em diversos cenários na medicina. Sempre importante considerar a relevância desse diagnóstico diferencial no quadro de abdômen agudo, até mesmo quando o quadro clínico for de obstrução intestinal, pois é uma patologia eminentemente cirúrgica e, se não realizar um diagnóstico precoce, pode proporcionar elevada mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Townsend CM, R Daniel Beauchamp, B Mark Evers, Mattox KL, Christopher F. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2017
2. GUTIERREZ, Daiana; HALLAM, Beatriz; PINHEIRO, Fernanda; RABELLO, Rafaela; OLIVEIRA, Laira Lúcia Damasceno de. APENDICITE AGUDA: revisão de literatura. Ensaios Usf, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 60-68, 16 nov. 2022. Casa de Nossa Senhora da Paz A.S.F.
3. MATOS, Breno; SANTANA, Carolina; SOUZA, Déborah; RODRIGUES, Ednardo; GONÇALVES, Elisa; DIAS, Fabrício; MARQUES, Guilherme; PETRI, Gustavo; ABRANTES, Wilson Luiz. APENDICITE AGUDA. Rev Med Minas Gerais; 21.(2 Suppl.4):29-32, Abr/Jun, 2011.
4. HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda et al. Obstrução intestinal no idoso. Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), [S.L.], v. 20, n. 4, p. 225-229, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO)
5. Moreira Jr. H, Moreira H, Isaac RR, Curi A, Fernandes AC, Mascarenhas JCS, Moreira JPT. Obstrução Intestinal: Análise Retrospectiva da Etiologia e Morbi-mortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Rev bras Coloproct, 2005;25(2):137-145.
6. RABHA, Marina Diniz de Britto; MAIA, Lucineide Martins de Oliveira. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR APENDICITE AGUDA EM IDOSOS NO BRASIL, DE 2015 A 2019. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S.L.], v. 8, n. 7, p. 704-711, 30 jul. 2022. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educacao.
7. EKERE, Collins; LILLIE, Alice; MEHTA, Chaitanya; CLARKE, Andrew. A plain abdominal radiograph diagnosis of appendicitis. International Journal Of Surgery Case Reports, [S.L.], v. 4, n. 12, p. 1091-1092, 2013. Elsevier BV.

RELATO DE CASO

MAMAPLASTIA REDUTORA AXILAR, DE FELICIO NO TRATAMENTO DAS GINECOMASTIAS SIMON III NA ADOLESCÊNCIA

YHELDA DE ALENCAR **FELICIO**^{1*}; SALUSTIANO GOMES DE PINHO **PESSOA**²; EUDEMARA FERNANDES DE **HOLANDA**³; ALANA D'AVILA **REBELO**³; BRUNA MARQUES BARRETO **NUNES**³.

1 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 1980.

2 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará – Fortaleza – Ceará- Brasil. Diretor do Departamento de Ensino e Serviços Credenciados (DESC) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

3 – Residente em Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará, Serviço de Cirurgia Plástica – Fortaleza – Ceará – Brasil.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: yheldacplastica@gmail.com.

RESUMO

O termo ginecomastia se refere ao aumento patológico da mama masculina. Este aumento pode ter como causa o desequilíbrio na relação hormonal de estrogênio e androgênio, seja ela fisiológica, idiopática (maioria), por endocrinopatias ou abuso de esteroides. O objetivo deste trabalho é demonstrar chamar a atenção do emprego da técnica de mamaplastia redutora axilar descrita por Felício utilizada para correção cirúrgica de paciente com ginecomastia grau III de Simon.

Palavras-chave: Ginecomastia; Mama; Homens; Saúde do homem; Mastectomia; Cirurgia plástica; Mamaplastia; Axila.

ABSTRACT

The term gynecomastia refers to the pathological enlargement of the male breast. This increase may be due to the imbalance in the hormonal relationship of estrogen and androgen, be it physiological, idiopathic (most), due to endocrinopathies or abuse of steroids. The aim of this work is to demonstrate the attention to the use of the axillary reduction mammoplasty technique described by Felício used for surgical correction of a patient with Simon's grade III gynecomastia.

Keywords: Gynecomastia; Breast neoplasms; Male; Plastic surgery; Mastectomy, Mammoplasty, Axilla.

INTRODUÇÃO

A globalização modificou bastante os objetivos e expectativas de vida dos adolescentes de todas as camadas sociais, já que o pleno acesso às mais variadas mídias e a grande influência dos meios de comunicação criaram novos padrões, modelos, modismos e outras manifestações comportamentais das diversas populações em todo o mundo em um curto período de tempo. A ginecomastia puberal é definida como aumento visível da glândula mamária do homem no período de maturação sexual. A proliferação tissular mamária subareolar é observada precocemente na puberdade cerca de seis meses após o início do aumento do volume testicular e do surgimento dos pelos pubianos. A prevalência em adolescentes normais é de até 75% ⁽²⁾. O diagnóstico diferencial mais comum é com a lipomastia, na qual ocorre acúmulo de tecido adiposo palpável na região mamária sem haver disco de consistência elástica subareolar, correspondente às proliferações ductal e estromal presentes na ginecomastia.

Ambas as mamas são afetadas de forma sequencial em 95% dos casos e a duração habitual é de seis meses a dois anos acompanhando a fase do estirão puberal. A involução é espontânea na maioria dos casos e o volume glandular costuma restringir-se ao perímetro areolar. Cerca de 4% dos adolescentes apresentam formas graves de ginecomastia puberal, com diâmetros horizontais de 4 cm (macromastia) ou > 5 cm (macrogincomastia). Nesses casos, apresentam mamas que se assemelham às femininas em estágios 3 e 4 de Tanner ⁽³⁾, porém não costuma haver regressão.

O tratamento da ginecomastia nem sempre é necessário, depende de sua causa, duração e gravidade e o tratamento se fundamenta em se causa dor ou desconforto.

A ginecomastia transitória ocorre durante a puberdade, geralmente se resolve sozinha sem tratamento dentro de 3 anos em 90% dos casos, não sendo necessário qualquer tipo de tratamento.

No entanto, mamas com mais de 4 cm de diâmetro podem não regredir completamente é este o paciente que tem desafiado pediatras, endocrinologistas, cirurgiões plásticos e principalmente as famílias nem sempre preparadas para lidar com um ser em desenvolvimento que sofre por uma situação anatômica não desejada.

A grande maioria dos adolescentes passa por experiências evolutivas que incluem:

1. Aceitação de seu corpo e seu correspondente gênero masculino ou feminino.
2. Estabelecimento de novas amizades com pessoas da mesma idade e de ambos os sexos.
3. Inserção e aceitação no seu grupo de jovens.

O sucesso futuro deste menino está totalmente relacionado aos conceitos de autoestima e autoimagem que desenvolver já que são extremamente importantes na

adolescência, para a plena aceitação grupal e o convívio social pontos fundamentais para o desenvolvimento da maturidade e da independência do ser adulto futuro.

Pelos motivos acima as cirurgias estéticas na adolescência devem ser discutidas pelo pediatra clínico, endocrinologista, cirurgião plástico e família com o objetivo de se atingir um julgamento cirúrgico adequado, devendo ser valorizados aspectos como: – idade ideal para correção; – inserção social; – estabilidade emocional; – autoestima e autoimagem; – hígidez física; – bom senso.

A proposta de tratamento de Felício ⁽⁴⁻⁶⁾ se destina a atender as premissas acima e em especial aqueles portadores de ginecomastia grau III que não aceita cicatrizes na face anterior do tórax.

A classificação de Simon descrita em 1973 que propôs a seguinte classificação para os diferentes graus de ginecomastia: Grau I – Pequena, sem excesso de pele; Grau IIa – Moderada, sem excesso de pele; Grau IIb – Moderada, com excesso de pele; Grau III – Grande, com excesso de pele ⁽⁷⁾.

Faz-se necessária para a perfeita execução da técnica proposta o conhecimento da anatomia cirúrgica da Axila.

Definição de Axila: Espaço piramidal inferior à articulação do ombro e superior à fásia axilar na junção entre o braço e o tórax. Por ela passam estruturas neuro vasculares que suprem o membro superior. O formato da axila tem um ápice, uma base e quatro paredes que podem ser vistas em: Henry Vandyke Carter - Henry Gray (1918) *Anatomy of the Human Body* ⁽⁸⁾.

RELATO DE CASO

O trabalho foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Regional da UNIMED FORTALEZA – HRU em 27 de março de 2014 .

Menino com 12 anos acompanhado pelos pais, foi encaminhado pelo serviço de endocrinologia, por aumento de volume bilateral das mamas com início há 4 anos.

Apresentava diagnóstico prévio, estabelecido no Serviço de endocrinologia, de obesidade, tendo o surgimento da ginecomastia. História negativa para contato com estrógeno. Ao exame físico, 170 cm e 80 kg, o IMC é de 27.7 kg/m², ou seja, este peso está acima do ideal para esta altura e idade, que deveria ser entre 45 kg e 63 kg. – Ginecomastia aberrante, Tanner III. Avaliação da idade óssea compatível com a idade cronológica. A ecografia de tórax confirmou a presença de tecido glandular subareolar. A radiografia de tórax foi normal, assim como a função da tireóide e o beta-HCG. As medidas de testosterona estão dentro dos parâmetros da normalidade para a idade de 12 anos - 34,0 a 500,0 ng/dl. Jovem sofria bullying na escola, portanto se negava frequentar a escola, bem como abandonou os esportes (football).

TECNICA OPERATORIA:

A cirurgia tem início com a marcação do paciente em pé com o membro superior elevado identifica-se a prega axilar e com a caneta dermatográfica marca-se após tracionar superiormente o quadrante superior da mama e por manobra bidigital se estabelecer a quantidade de pele ser retirada. Desta forma se estabelece o tamanho e a largura da ilha elíptica de pele a ser retirada na axila para o reposicionamento da mama (**Figura 1 e 2**). A cicatriz resultante deverá ser posicionado dentro da prega da axila e contorna toda a axila. Não devendo ser nem maior, nem menor do que a axila, para que se evite : excessos de pele: "orelha de cachorro" ou ultrapasse a borda da axila permanecendo exposta, visível.



Figura 1. Desenho feito e cedido por Dra. Lucia Regina Penaforte, médica cirurgiã plástica.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

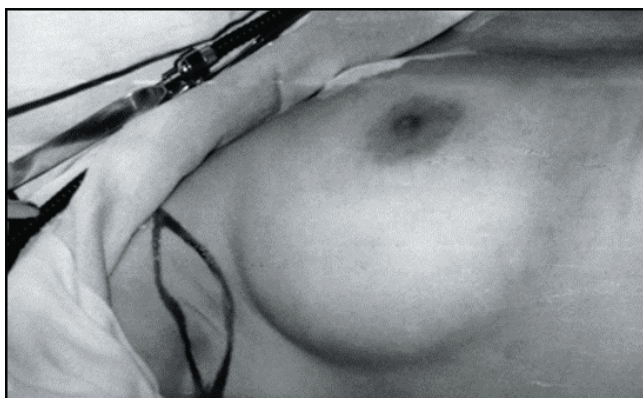


Figura 2. Marcação fusiforme na axila com finalidade de retirar excesso de pele e tecido sub-cutâneo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Se realiza inicialmente a lipoescultura com seringa das mamas através de duas pequenas incisões transversais na porção inferior lateral do tórax direito e esquerdo, de aproximadamente 2cm, além de uma pequena incisão vertical na porção inferior e central do esterno, também de aproximadamente 2cm. Com a utilização de preferência de um bisturi de radio frequência para retirada da glândula mamaria, mantendo uma espessura de dois a três

centímetros de espessura sob a aréola evitando escavar e desta forma e evitando depressões.

A hemostasia é rigorosa e o uso de dreno de aspiração é aconselhado!

A sutura da axila é feita em dois planos com fios: um vicryl 3-0, dois mononylon 4 -0 e um mononylon 5-0 em um total de apenas quatro fios de suturas, para ambas as mamas, comparando com as demais técnicas que se utiliza entre 10 a 20 fios de sutura, consequentemente é um procedimento mais econômico, não somente quanto ao uso de materiais como mais econômico no tempo.

O procedimento é finalizado com curativo axilar compressivo por 24 horas e o uso de uma faixa elástica nas mamas e axilas por um período de três meses, que deverá ser retirada apenas no momento do banho. Limpeza rigorosa e diária com água e sabão das axilas e mamas.

Paciente evoluiu satisfatoriamente; o dreno não apresentava débito e foi retirado após 48 horas da cirurgia. Iniciadas sessões de drenagem linfática (massagens) pós-operatória a fim de evitar fibrose pós-lipoaspiração e as suturas foram retiradas iniciando no decimo quinto dia de pós-operatório, finalizando no vigésimo dia de pós-operatório.

O resultado foi plenamente satisfatório com paciente retornando as suas atividades habituais, além de retornar a frequentar a escola bem como para as atividades esportivas, como o football.



Figura 3. Da esquerda para a direita: pré-operatória, após 06 meses e após 01 ano. Visão lateral.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 4. Da esquerda para a direita: pré-operatória, após 06 meses e após 01 ano. Visão frontal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

A principal causa de ginecomastia é idiopática, este fato foi também verificado por outros autores^(2,3), seguida pela obesidade e pelo uso de esteroides anabolizantes. Essas duas últimas causas refletem em parte o perfil da sociedade moderna, em que o ganho excessivo de peso pode estar associado ao estilo de vida sedentário

ou distúrbios decorrentes dele, como ansiedade, depressão e outros. Por outro lado, o uso de drogas com finalidade estética representa a rapidez e a facilidade com que se pretende modificar a aparência de forma desequilibrada. Foi verificado que a obesidade é a segunda maior causa de ginecomastia em todas as faixas etárias, principalmente nos pacientes até 20 anos de idade. Acima dessa idade, os esteroides anabolizantes dividem a segunda posição como a maior causa de prevalência de ginecomastia.

A técnica mais utilizada para correção de ginecomastia periareolar inferior é proposta por Webster, principalmente para aqueles pacientes que não apresentava excesso de pele associado à ginecomastia. Está bem indicada para paciente que apresentem Simon graus I e IIA.

Antonio Carlos Abramo ⁽¹⁰⁾ registra na revista do ISAPS, 1989 o uso de Lipoaspiração da mama através de uma incisão na axila associada a retirada da glândula mamaria através de uma incisão periareolar.

Balch CR ⁽¹¹⁾, publica no Jornal Americano em 1978: “Transaxillary incision for gynecomastia”

Nos casos em que a excisão do excesso de pele é necessária, a técnica cirúrgica mais empregada é a incisão periareolar circular, ⁽¹²⁾ que atende um grande percentual de pacientes com graus de ginecomastia IIB e III. Essa técnica requer cuidado cirúrgico adicional, para que a cicatriz fique aceitável. A literatura cita quase que 38,5% de complicações, como cicatriz hipertrófica e queloidiana, que corresponde a 60% das complicações. As reclamações ocorreram principalmente por parte dos pacientes em que a causa da ginecomastia foi a obesidade e o peso do material retirado das mamas foi superior a 100 g. Essas complicações foram associadas à realização de atividades físicas precoces pelos pacientes, o que gerou aumento da tensão na cicatriz, levando a deiscência, hipertrofia e quelóide. Com o objetivo de prevenir essas futuras complicações a técnica proposta se mostra efetiva apesar do pequeno N apresentado, mas a afirmação está fundamentada na série de trabalhos publicados pela autora sênior ^(1,4-6, 12, 13.).

CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica aplicada para o tratamento da ginecomastia utilizada neste trabalho que utilizou a classificação de Simon e permitiu concluir que, nos casos em que houve a necessidade de ressecção de pele, a técnica por excisão axilar associada a lipoescultura com seringa, é efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Felicio, Y. Axillary Reduction Mammoplasty-Yhelda Felicio's technique. *Aesthetic Plastic Surgery*; 21(4), p.268-275, 1997
2. Mattos A. Cirurgia Plástica em adolescentes: o que devemos considerar. [Internet]. 2017 [citado 2020 Abril 09]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/cirurgia-plastica-em-adolescentes-o-que-devemos-considerar/>
3. Meneses C, Ocampos DL, Toledo TB. Estagiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. *Adolescência & Saúde*. 2008; 5(3): 54-56. [Internet] 2008 [citado 2020 Abril 09].
4. Felicio, Y.A. *Plastie mammaire de réduction sans cicatrice mammaire, avec radio-chirurgie. La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française*; XVIII, N:73, p.53-58, 1993.
5. Felicio, Y. Redução mamaria via axilar, por Yhelda Felicio. Ebook - Novas Edições Acadêmicas; 2015 [citado 2020 Abril 09].
6. Felicio Y: Axillary Reduction mammoplasty. In: *Mastopexy and Breast Reduction*, Shiffman MA (Ed), Springer, USA, 2009, Cap 44, Pp325-331.
7. Medeiros MMM. Abordagem cirúrgica para o tratamento da ginecomastia conforme sua classificação. *Rev. Bras. Cir. Plás.* 2012; 27(2): 277-282
8. Gray's Anatomy: Acesso em: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=975527> – Disponível em 09/04/2020.
9. Fournier, PF. *Liposculpture the syringe technique*. 75006 PARIS: Arnette; 1991.
10. Abramo AC. Liposuction Through an Axillary Incision for Treatment of Gynecomastia. *Aesth Plast Surg* 13:85-89, 1989.
11. Balch CR: Transaxillary incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 61(1):13-16, 1978.
12. Felicio Y. Periareolar Reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88:789-798
13. Felicio, Y. Comparison of the Inflammatory Response to trauma in the Inverted T Technique and Axillary Access Technique for Breast Reduction Surgery. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plast.*; 17(2), p.57-68, 2002.

RELATO DE CASO

TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS ABDOMINAL EM UM PACIENTE JOVEM SUBMETIDO A RESSECÇÃO CIRÚRGICA

FILIPPE HERSON CARNEIRO RIOS¹; RAYLENE RAMOS MOURA DE ARAÚJO²; PAULO ELOI LEITÃO DE CASTRO MATOS³; CARLOS MÁRCIO MELO DE MATOS⁴; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO⁴; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR⁴.

1 – Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

2 – Interna do Curso de Medicina da Unichristus -Centro Universitário Christus.

3 - Cirurgião Geral e Oncológico do Hospital Geral Dr. César Cals.

4 – Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: filipi_rios@hotmail.com

RESUMO

O tumor desmoplásico de pequenas células redondas (TDPCR) é uma neoplasia maligna do grupo dos sarcomas de partes moles presente predominantemente em adultos jovens do sexo masculino. O presente estudo objetiva contribuir para o fomento de informações acerca dessa rara neoplasia. Relata-se um caso de TDPCR em um paciente do sexo masculino, de 15 anos, com uma volumosa massa de aspecto expansivo, heterogênea, situada na região subfrênica direita, medindo 15x9 cm. Na avaliação da biópsia e perfil imunohistoquímico foi sugestivo de TDPCR abdominal com CD99 positivo e sinaptofisina positivo (focal). Foi realizada ressecção tumoral em bloco do diafragma direito, costectomia parcial e ressecção de implantes pleurais parietais à direita, seguida de reconstrução diafragmática sem utilização de tela. Evoluiu no pós-operatório com pneumonia nosocomial secundária à atelectasia dos segmentos pulmonares, sendo tratado clinicamente com antibioticoterapia, analgesia e fisioterapia respiratória. Evoluiu clinicamente estável, sendo transferido após 14 dias de internamento para unidade pediátrica referência em oncologia clínica para seguimento com tratamento adjuvante. O diagnóstico e o tratamento do TDPCR continua sendo um desafio por sua raridade o que torna difícil estabelecer evidências de otimização que impacte na sobrevida do paciente, sendo a ressecção cirúrgica recomendada em casos de doença não metastática, em combinação com terapia adjuvante.

Palavras-chave: Sarcoma; Tumor Desmoplásico de Pequenas Células Redondas Abdominal; Ressecção Cirúrgica.

ABSTRACT

The desmoplastic small round-cell tumor (DSCRT) is a malignant neoplasm of the soft tissue sarcoma group, predominantly present in young male adults. The present study aims to contribute to the promotion of information about this rare neoplasm. We report a case of DSCRT in a 15-year-old male patient, with a large, expansive, heterogeneous mass located in the right subphrenic region, measuring 15x9 cm. In the evaluation of the biopsy and immunohistochemical profile, it was suggestive of abdominal DSCRT with positive CD99 and positive synaptophysin (focal). In bloc tumor resection of the right diaphragm, partial costectomy and right parietal pleural implants were performed, followed by diaphragmatic reconstruction without the use of a mesh. In the postoperative period, the patient evolved with nosocomial pneumonia secondary to atelectasis of the lung segments, being clinically treated with antibiotic therapy, analgesia and respiratory physiotherapy. He evolved clinically stable, being transferred after 14 days of hospitalization to a reference pediatric unit in clinical oncology for follow-up with adjuvant treatment. The diagnosis and treatment of DSCRT remains a challenge due to its rarity, which makes it difficult to establish evidence of optimization that impacts on patient survival, with surgical resection being recommended in cases of non-metastatic disease, in combination with adjuvant therapy.

Keywords: Sarcoma; Abdominal Desmoplastic Small Round Cell Tumor; Surgical Resection.

INTRODUÇÃO

O tumor desmoplásico de pequenas células redondas (TDPCR) é uma neoplasia rara e altamente agressiva, pertencente ao grupo dos sarcomas de partes moles, de aspectos clínicos, histológicos e imunohistoquímica característicos. O primeiro estudo anatomopatológico dessa neoplasia ocorreu em 1989, e em 1991 houve seu reconhecimento como entidade clínica e patológica distinta ⁽¹⁾, sendo descritos menos de 200 casos até o momento ⁽²⁾. Sua incidência é estimada em 0.2 a 0.5 casos a cada um milhão de pessoas ao ano, sendo encontrado predominantemente em adolescentes e adultos jovens, no sexo masculino (4:1). Relata-se variação da idade dos pacientes ao diagnóstico entre 3 e 48 anos, com média de idade de 21 anos ⁽³⁾.

A histopatogênese do TDPCR permanece ainda indefinida. Devido ao fato de a maioria desses tumores crescerem na cavidade peritoneal, e por muitas vezes não apresentarem um sítio visceral primário de origem, acredita-se que essa neoplasia possua origens mesoteliais ou mesenquimais ^(1,4).

Os sintomas da doença geralmente são perda de peso, dor e distensão abdominal, hepatomegalia, ascite e, menos comumente, linfadenopatia, obstrução urinária, calcificações e espessamento nodular do peritônio. O diagnóstico é complexo, sendo necessário o uso de Tomografia Computadorizada (TC) juntamente com a imunohistoquímica e o exame anatomopatológico ⁽⁵⁾.

O prognóstico é reservado, visto que há inexistência de recursos terapêuticos comprovadamente eficazes para a doença. O tratamento pode consistir em altas doses de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Considerando que muitos pacientes não respondem à quimioterapia e radioterapia e têm o diagnóstico realizado tardiamente, a taxa de sobrevida, em média, gira em torno de dezessete meses após o diagnóstico ^(1-2,4).

O manejo dos tumores desmoplásicos de pequenas células redondas ainda é um desafio para a medicina devido à infrequência dessa patologia levando a atrasos no diagnóstico associado a evolução da doença, além de não haver protocolos terapêuticos precisos que norteiem o seu manejo. O presente estudo objetiva contribuir para o fomento de informações acerca dessa rara neoplasia.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 15 anos de idade, com história de dor em pontada no hipocôndrio direito e arco costal ipsilateral há cinco meses, de intensidade moderada que melhorava com uso de analgésicos. Mãe refere aumento da intensidade da dor procurando assistência médica. Apresentou tomografia computadorizada de tórax sem uso de contraste endovenoso evidenciando pequeno derrame pleural e fratura consolidada de aspecto lateral no oitavo arco costal. Evoluiu com piora clínica da dor, procurando novamente assistência médica. Realizou tomografia de abdomen total com contraste com resultado

de volumosa formação de aspecto expansivo, heterogênea, predominantemente hipodensa, com áreas de captação de contraste com esboços nodulares periféricos, situada em região subfrênica direita em contato com o segmento VIII do lobo direito do fígado, mas mantendo plano de clivagem e determinando moderado rechaço inferior e medial do fígado, medindo em seus maiores diâmetros 15 x 9 cm (**Figura 1**).

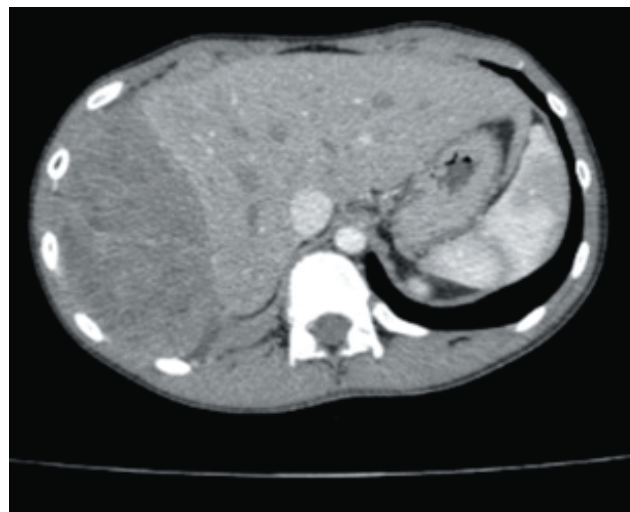


Figura 1. Lesão expansiva, heterogênea, com captação de contraste, em região subfrênica direita com íntimo contato com segmento VIII do lobo direito hepático, com moderado rechaço inferior e medial do fígado.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Indicado biopsia percutânea da lesão. Na avaliação da biopsia, verificou-se proliferação monótona de células atípicas pequenas, levemente coesas, com núcleos redondos, hiper cromáticos, amoldados e escassos citoplasma, infiltrativas em estrina fibro-hialino, com imunohistoquímica positiva CD99 e sinaptofisina (focal) (**Figura 2**). O conjunto dos achados foi sugestivo de Tumor Desmoplásico de Pequenas Celulas Redondas Abdominal.

Na admissão hospitalar o paciente apresentava-se em bom estado geral, corado, acianótico, anictérico, eupneico, afebril, dor a palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito apresentando desconforto também à palpação do arco costal ipsilateral. Paciente com histórico de internações prévias de apendicectomia e postectomia, negando hemotransfusões ou alergias medicamentosas, além de história de neoplasia familiar.

Anticorpo	Clone	Interpretação
CK AE1/AE3	AE1/AE3	Negativo na neoplasia
HEP-PAR (HSA)	HEP-PAR	Negativo na neoplasia
CD45	LCA(RP2/18)	Negativo na neoplasia
Alfa-Fetoproteína	Policlonal	Negativo na neoplasia
Cromogranin A	POLICLONAL	Negativo na neoplasia
CD99	EPR3097Y	Positivo na neoplasia
Fli-1	Policlonal	Negativo na neoplasia
Miogenina	F5D	Negativo na neoplasia
S100	POLICLONAL	Negativo na neoplasia
TdT	EP266	Negativo na neoplasia
Desmina	D33	Negativo na neoplasia
Sinaptofisina	DAK-SYNAP	Positivo focal na neoplasia

Figura 2. Painel de Anticorpos de para estudo imunohistoquímico da biópsia.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Sob anestesia geral, realizou-se ressecção tumoral em bloco com diafragma à direita, costectomia parcial da oitava costela direita, além de ressecção de implantes pleurais parietais ipsilaterais, seguida de reconstrução do diafragma à direita com retalho peritoneal, sem utilização de tela, com aposição de dreno de blake em espaço subfrênico direito e dreno de tórax à direita (**Figuras 03 à Figura 07**). No intra-operatório, paciente manteve estabilidade clínica e respiratória, sendo extubado, estável em ar ambiente, sendo encaminhado para recuperação pos-operatória em unidade intensiva.

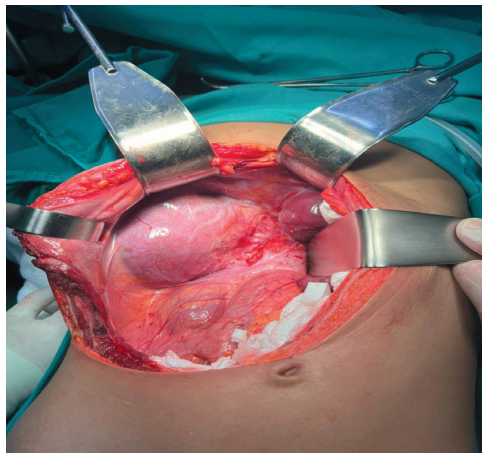


Figura 3. Achado intra-operatório lesão tumoral expansiva em superfície peritoneal parietal com íntimo contato com o fígado e com extensão para diafragma à direita.

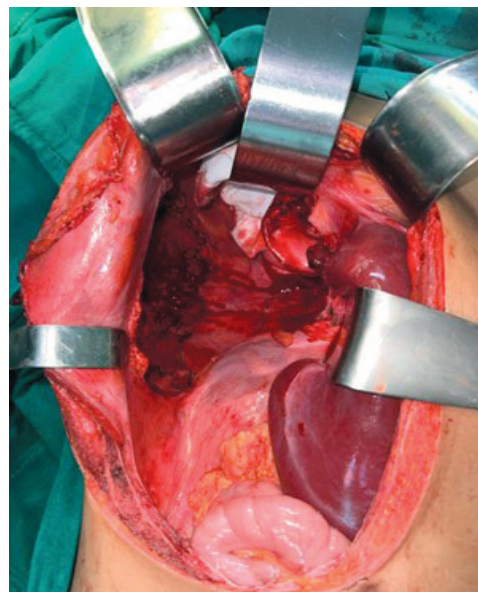


Figura 4. Ressecção de lesão tumoral em conjunto com o diafragma, segmento da oitava costela e implantes pleurais à direita.

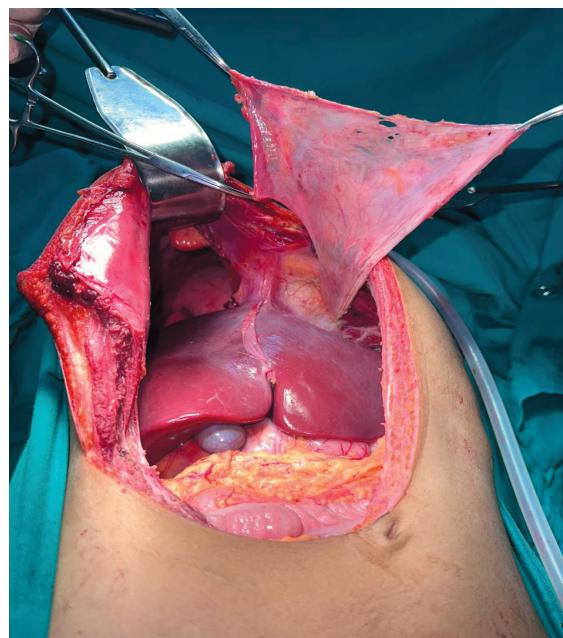


Figura 5. Confecção de retalho peritoneal para reconstrução da interface toracoabdominal à direita.

Evoluiu no pós-operatório com quadro de pneumonia nosocomial à direita, provavelmente secundária à atelectasia de segmentos pulmonares. Iniciado antibioticoterapia por 07 dias, evoluindo com boa resposta clínica. Recebe alta hospitalar após 14 dias de internamento, sendo transferido para unidade pediátrica referência em oncologia clínica para avaliação de tratamento adjuvante (quimioterapia/radioterapia) e seguimento oncológico.

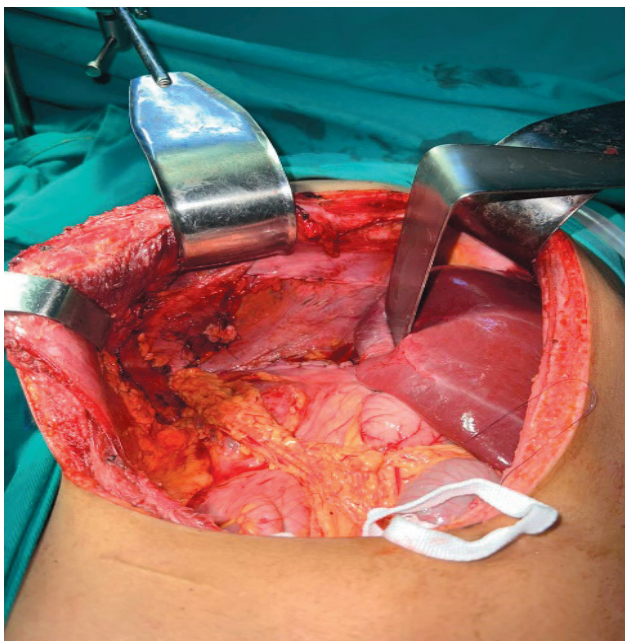


Figura 6. Reconstrução diafragmática à direita. Utilizou-se ainda patch de grande omento e hepatofixação em gradil costal direito através do ligamento triangular direito e coronários.

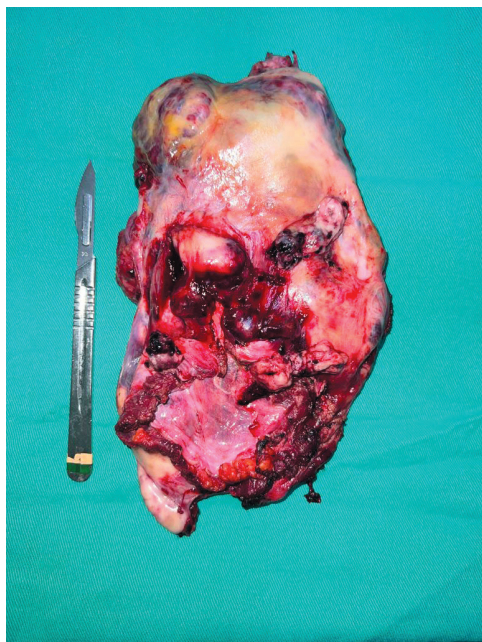


Figura 7. Produto de ressecção de lesão tumoral peritoneal e diafragma à direita "em bloco".

DISCUSSÃO

O TDPCR é uma neoplasia maligna que afeta predominantemente adultos jovens do sexo masculino. Trata-se de uma neoplasia rara de prognóstico ruim, que se apresenta como um nódulo único ou nódulos múltiplos na cavidade peritoneal, quase sempre em estágio avançado. Atualmente, ainda não se conhecem fatores de risco para a doença, sendo uma doença de origem aparente de células primitivas da infância ⁽⁴⁻⁶⁾. O local principal do TDPCR é a cavidade peritoneal e, assim como se apresentava o paciente do nosso estudo, quase sempre se dá o diagnóstico em estágio avançado, com disseminação regional, no caso para pleura parietal. Costuma apresentar-se na região intra-abdominal, muitas vezes, com amplo envolvimento

da serosa e não relacionado a um determinado órgão ou sistema e é, muitas vezes, associado à linfadenopatia e metástase hepática, o que, felizmente, não foi evidenciado no inventário da cavidade abdominal do paciente ^(1,2-4).

Apresentando maior incidência em crianças e adultos jovens, preferencialmente por adolescentes do sexo masculino, com média de idade de 21 anos, as manifestações clínicas do TDPCR intra-abdominal são usualmente inespecíficas e envolvem mais frequentemente sintomas vagos pélvicos ou abdominais e massas palpáveis. Preconizam-se como exames complementares iniciais a tomografia, a imuno-histoquímica e o anatomopatológico para diagnóstico seguido pelo paciente em estudo ⁽²⁾

No anatomopatológico, a característica histológica do TDPCR inclui ninhos de pequenas células redondas, separadas por abundante estroma desmoplásico. As células tumorais apresentam tipicamente altas proporções nucleares / citoplasmáticas, cromatina granular, moldagem nuclear e nucléolos imperceptíveis. Esse tumor apresenta um perfil de imuno-histoquímica caracterizado pela coexpressão dos marcadores epiteliais (citoqueratina e antígeno de membrana epitelial), neural (enolase neurônio-específica e CD56), mesenquimal (vimentina), e miogênica (desmina) ^(5,6). Apesar da imunohistoquímica do caso clínico não ser típica, CD99 positivo pode ser encontrado em até 50% dos casos ⁽¹⁾.

Estudos recentes têm demonstrado uma associação entre o TDPCR e uma translocação (11,22) (p13; q12), que resulta em um gene de fusão entre os genes do sarcoma de Ewing e do tumor de Wilms, produzindo o transcrito EWS/WT-1 e a correlata proteína WT-1, passível de detecção por estudo imunohistoquímico ⁽⁴⁾. A detecção imunohistoquímica de WT-1 no TDPCR é preditora da translocação, além de demonstrar que a proteína quimérica é expressa em quantidade significativa pelas células tumorais ^(1,4,5). No presente caso não foi realizado o estudo da translocação, nem a pesquisa de WT-1 por imunohistoquímica.

Histológica e citologicamente, o TDPCR deve ser distinguido de outras entidades de pequenas células redondas, como sarcoma Ewing/tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), tumor de Wilms e o neuroblastoma. Como o TDPCR, o sarcoma de Ewing/PNET é composto de pequenas células redondas em ninhos ou folhas. Entretanto, na imuno-histoquímica, o sarcoma de Ewing/PNET é tipicamente positivo para MIC2 (CD99) e vimentina, mas negativo para citoqueratinas e marcadores miogênicos. O neuroblastoma e o tumor de Wilms também compartilham muitas características morfológicas com TDPCR, mas ocorrem em crianças muito jovens e citogeneticamente falta a translocação ⁽⁵⁾.

Devido à elevada agressividade do TDPCR, sua completa ressecção não é passível de realização na maior parte das vezes, por causa do acometimento peritoneal múltiplo e difuso. Além disso, a falta de padronizações, critérios de estadiamento e o número reduzido de

pacientes com a doença tornam difícil o estabelecimento de evidências para otimização do tratamento. A ressecção cirúrgica é recomendada somente nos casos de doença não metastática, em combinação com quimiorradioterapia, como foi proposto para o caso clínico. O uso não associado dessas opções terapêuticas pode ser fator negativo de interferência na melhora clínica e na sobrevida desses pacientes. No caso de doença metastática, é importante o controle sintomático, independentemente do impacto na sobrevida, o qual se acredita ser praticamente nulo ^(2,4).

O prognóstico do TDPCR é bastante desfavorável, e o tempo relatado de sobrevida média é inferior a 2 anos, cerca de 17 meses. Devido ao caráter progressivo da doença e da má resposta apresentada pelas células à quimioterapia, o prognóstico é reservado e a sobrevida diminui ^(1,4).

CONCLUSÃO

Devido à raridade da doença é importante que mais estudos sobre o tema sejam realizados, com o intuito de melhor familiarização com a patologia. O caso clínico propôs uma abordagem cirúrgica agressiva seguida por tratamento adjuvante, tendo o paciente apresentado boa recuperação pós-operatória e seguir em acompanhamento oncológico. A divulgação da doença contribui para que se aprimore os planos terapêuticos, fomentando a comunidade científica a esboçar protocolos padronizados de tratamento e seguimento.

REFERÊNCIAS

1. TORRES, Ulysses dos Santos et al. Tumor desmoplásico de pequenas células redondas abdominal da infância: relato de caso. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 55-59, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO).
2. AMBRÓSIO, Maria Emília de Oliveira et al. TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS EM REGIÃO ABDOMINAL EM PACIENTE JOVEM: relato de caso. *Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar* - Issn 2675-6218, [S.L.], v. 2, n. 11, p. 1-8, 16 dez. 2021. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar.
3. CHIUMENTO, D.A. et al. Tumor neuroendócrino de intestino delgado, achado colonoscópico em paciente assintomático. *Journal Of Coloproctology*, [S.L.], v. 39, p. 93, nov. 2019. Georg Thieme Verlag KG.
4. JAYAKRISHNAN, Thejus et al. Desmoplastic Small Round-cell Tumor: retrospective review of institutional data and literature review. *Anticancer Research*, [S.L.], v. 41, n. 8, p. 3859-3866, 19 jul. 2021. Anticancer Research USA Inc.
5. COSTA, Philippos Apolinário et al. Tumor Desmoplásico de Pequenas Células Redondas: relato de caso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S.L.], v. 64, n. 4, p. 575-579, 31 dez. 2018. *Revista Brasileira De Cancerologia (RBC)*.
6. BRISEÑO-HERNÁNDEZ, Andrés Alejandro et al. Tumor intraabdominal desmoplásico de células pequeñas y redondas. *Cirugía y Cirujanos*, [S.L.], v. 83, n. 3, p. 243-248, maio 2015. Elsevier BV.

RELATO DE CASO

BRAQUIOPLASTIA COM ABORDAGEM VIA AXILAR: É POSSÍVEL REALIZAR?

YHELDA DE ALENCAR **FELÍCIO**¹; SALUSTIANO GOMES DE PINHO **PESSOA**; ALANA D'AVILA **REBELO**; EUDEMARA FERNANDES **HOLANDA**; BRUNA **BARRETO**.

1 – Membro Titular Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 1980.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: cepesq@ijf.ce.gov.br.

RESUMO

A flacidez e a lipodistrofia braquial são queixas comuns entre os pacientes que procuram o consultório de cirurgia plástica, principalmente após perdas ponderais maciças ou pelo processo natural do envelhecimento. Tais deformidades causam diversos incômodos e limitações, além de serem responsáveis em muitos casos por alterações psíquicas e transtornos relacionados a baixa autoestima. A braquioplastia é o procedimento cirúrgico que visa a correção dessas alterações. Historicamente, diversas técnicas foram descritas na literatura, porém todas apresentam em comum a presença de extensas cicatrizes ao longo do braço, que podem evoluir com a presença de seroma, deiscência, alterações do contorno braquial e cicatrizes patológicas. Devido aos altos índices de complicações, muitos cirurgiões tem evitado a realização deste procedimento. Desta forma, este artigo tem como objetivo relatar a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente axilar, idealmente utilizada em casos de flacidez moderada/acentuada e excesso de gordura em região proximal do braço. Relato de caso ainda não descrito na literatura médica brasileira, de uma paciente de 70 anos com queixa de acentuada flacidez braquial, submetida a técnica de braquioplastia axilar. Realizada a técnica proposta, evoluiu sem intercorrência, bom resultado estético e satisfação da paciente. A técnica de braquioplastia axilar desde que bem indicada é de fácil execução, apresenta baixos índices de complicações e um alto índice de satisfação para o paciente

Palavras-chave: Braquioplastia; Axila; Membros superiores/cirurgia; Cirurgia plástica; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Flaccidity and brachial lipodystrophy are common complaints among patients who seek plastic surgery, especially after massive weight loss or due to the natural aging process. Such deformities cause several discomforts and limitations, in addition to being responsible in many cases for psychological changes and disorders related to low self-esteem. Brachioplasty is the surgical procedure that aims to correct these changes. Historically, several techniques have been described in the literature, but all have in common the presence of extensive scars along the arm, which can evolve with the presence of seroma, dehiscence, changes in the brachial contour and pathological scars. Due to the high complication rates, many surgeons have avoided this procedure. Thus, this article aims to report the brachioplasty technique with an exclusively axillary approach, ideally used in cases of moderate flaccidity and excess fat in the proximal region of the arm. Case report not yet described in the Brazilian medical literature, of a 70-year-old patient with complaints of brachial flaccidity, who underwent axillary brachioplasty. The proposed technique was carried out, evolving without complications, good aesthetic result and patient satisfaction. The axillary brachioplasty technique, provided it is well indicated, is easy to perform, has low rates of complications and a high rate of satisfaction for the patient.

Keywords: Brachioplasty; Axilla; Upper limbs/surgery; Plastic surgery; Patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Os processos naturais do envelhecimento humano, assim como perdas ponderais maciças, resultam em alterações na estética do contorno corporal. Dentre elas, a flacidez braquial destaca-se como alvo de queixas frequentes nos consultórios de cirurgia plástica ⁽¹⁾. A flacidez cutânea braquial e a lipodistrofia, causam deformidades nos membros superiores, devido a perda do formato cilíndrico harmonioso característicos desta região anatômica. Tais alterações, a depender do grau, podem gerar problemas estéticos, funcionais, além de alterações psíquicas e emocionais, relacionados a baixa autoestima da paciente. De maneira geral elas apresentam-se bastante desconfortáveis por não conseguirem amenizar o problema nem mesmo com o uso de roupas com mangas⁽²⁾. Este problema é especialmente importante nos locais de clima quente, como por exemplo as regiões tropicais do Brasil, onde o uso rotineiro de roupas com mangas para esconder o defeito torna-se algo muito incômodo para o paciente, podendo inclusive causar dermatites.

A braquioplastia é o procedimento cirúrgico destinado ao tratamento de tal deformidade. Todavia, a sua indicação deve ser amplamente discutida com a paciente, pois conforme descrito na literatura, todas as técnicas relatadas apresentam complicações semelhantes e elevadas no que diz respeito a qualidade e a localização da cicatriz. Visto que em muitos casos ficam muito visíveis e grosseiras, sendo igualmente difíceis de esconder nas vestimentas, ocasionando apenas a troca do problema para o paciente.

A primeira descrição deste procedimento ocorreu em 1954, por Corte-Inturrasape e Fernandez ⁽³⁾, e desde então diversos autores dedicaram-se a publicar técnicas com o propósito de alterar a localização e o tamanho da cicatriz, bem como tratar problemas relacionados a flacidez na região axilar e na parede torácica lateral. Lockwood ⁽⁴⁾ em 1995, descreveu o principal avanço nas técnicas, preconizando a suspensão e fixação do sistema fascial superficial, propondo a ancoragem do retalho do braço na fáscia axilar.

Diversas classificações foram propostas ⁽⁵⁾, sendo a descrição de Appelt ⁽⁶⁾ em 2006 a mais completa e aceita atualmente, pois leva em consideração tanto a quantidade de gordura residual, quanto o grau e a localização da flacidez cutânea para estratificar os pacientes e determinar qual procedimento é o mais adequado em cada situação.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo demonstrar por meio de relato de caso a utilização combinada da técnica de mamaplastia redutora axilar de Felício⁷ com a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente via axilar, associada ou não à lipoaspiração, para o tratamento de assimetria mamária e ptose tecidual da porção proximal dos braços.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 70 anos, com queixa de assimetria mamária e grande insatisfação com a flacidez braquial. Relata incapacidade do uso de roupas sem mangas, devido a ptose braquial. A paciente apresentava peso estável, com IMC de 26,8 e refere o aumento da flacidez de seus braços com o processo de senescência.

Ao exame físico observava-se uma assimetria mamária moderada, com mamas liposubstituídas características da idade com volume maior à esquerda. Os membros superiores apresentavam acentuada flacidez das porções proximal superior e média dos braços, com pequena quantidade de excesso de gordura, conforme determinado pelo pinch test.



Figura 1. Imagem pré-operatório com vista anterior (A), identificando a assimetria mamária e a deformidade braquial. Imagem pre-operatório com vista posterior (B).

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Realizado a marcação da paciente em posição ortostática com os membros superiores elevados. Identifica-se a prega axilar e com a caneta dermatográfica marca-se após tracionar superiormente, com manobra bi digital, o quadrante superior da mama e região proximal do braço. Desta forma se estabelece o tamanho e a largura da ilha elíptica de pele a ser retirada na axila para o reposicionamento da mama e correção do componente horizontal da flacidez proximal do braço. A cicatriz deve posicionar-se cerca de um a dois centímetros acima da prega axilar para que ao fechar o braço esta permaneça posicionada dentro da prega axilar.

O procedimento foi realizado no centro cirúrgico, sob anestesia peridural, anestesia local na região braquial e sedação. Inicialmente realizada a lipoaspiração do excesso de gordura braquial, neste caso, retirado 120CC de cada braço. A seguir prosseguiu-se com a incisão fusiforme

conforme marcação prévia, viabilizando a ressecção via axilar de tecido mamária. Prossegue-se com a ressecção com incisão fusiforme do excedente de pele na região proximal e medial do braço. Realizado hemostasia rigorosa, síntese por planos e o uso de dreno de aspiração na região ífero mamária lateral externa. Uso de apenas 4 fios de sutura para ambas as mamas e axila, 1 vicryl 3-0, 2 mononylon 4-0 e 1 mononylon 5-0.



Figura 2. Imagem a quantidade total de material ressecado após o procedimento cirúrgico (excedente de pele, tecido celular subcutâneo axilar e tecido mamário) em cada lado operado.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Paciente evoluiu satisfatoriamente; sem intercorrências, o dreno foi retirado com 48 horas de pós-operatório. O uso da cinta elástica nas mamas e braços permaneceram por 3 meses. Foram iniciadas sessões de massagem de drenagem linfática no segundo pós-operatório e mantidas até 40 dias no pós-operatório. As suturas foram retiradas com 15 dias.

A paciente apesar de ciente das limitações demonstrou grande satisfação com o resultado da braquioplastia.

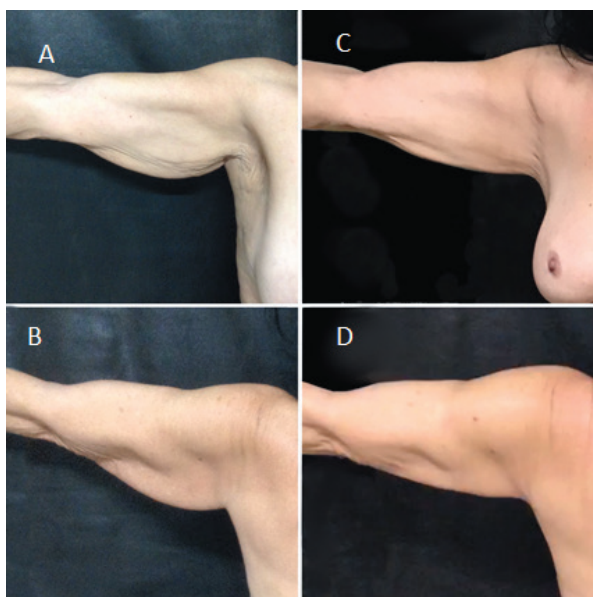


Figura 3. (A) Pré-operatório vista anterior braço direito.

(B) Pré-operatório vista posterior braço esquerdo. (C) Pós-operatório de 12 meses vista anterior braço direito. (D) Pós-operatório de 12 meses vista posterior braço esquerdo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

Os membros superiores e a parede lateral torácica, apresentam grande variações com o processo de envelhecimento e após perdas ponderais maciças. O espectro pode variar desde pacientes com bom tônus cutâneo e mínima flacidez à pacientes com quantidade significativa de pele redundante, causando a deformidade de “asa de morcego”⁽¹⁻³⁾. Para um bom resultado cirúrgico é importante a seleção de uma técnica adequada com avaliação e indicação criteriosa para cada paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

Desta forma, Appelt⁽⁶⁾ e colaboradores, em 2006, propuseram um algoritmo para a seleção do melhor tratamento cirúrgico baseando-se na análise anatômica do braço. mento anual após os 2 anos da cirurgia⁽⁹⁾.

Tipo	Flacidez cutânea	Excesso de gordura	Localização da flacidez
I	Mínima	Moderado	Não especificado
IIa	Moderada	Mínimo	Proximal
IIb	Moderada	Mínimo	Toda extensão do braço
IIc	Moderada	Mínimo	Todo o braço e parede lateral torácica
IIIa	Moderada	Moderado	Proximal
IIIb	Moderada	Moderado	Toda extensão do braço
IIIc	Moderada	Moderado	Todo o braço e parede lateral torácica

Quadro 1. Classificação de Appelt.

Fonte: An Algorithmic Approach to Upper Arm Contouring.” Eric A. Appelt, M.D. Jeffrey E. Janis, M.D. Rod. J. Rohrich, M.D.

Pacientes com bom tônus cutâneo de moderado excesso de gordura, Appelt I, podem ser selecionadas para a realização de lipoaspiração isolada. Já as pacientes classificadas como Appelt IIa, são as pacientes ideais para a realização da técnica descrita neste artigo, apresentando resultados excelentes com resolução completa da flacidez cutânea⁽⁸⁻¹⁰⁾. A incisão estende-se entre os limites anterior e posterior da axila, realizada cerca de dois centímetros acima da prega axilar, para que a cicatriz fique escondida nesta região com os braços em repouso.

A técnica descrita pode ser combinada com a lipoaspiração para melhor definição do contorno braquial, beneficiando também de forma satisfatória as pacientes com classificação IIIa.

A paciente relatada apresenta classificação de Appelt IIIb, mesmo ciente que para o seu caso a braquioplastia convencional, seria a proposta cirúrgica que apresentaria melhores resultados, rejeitou a realização deste procedimento cirúrgico devido à grande sequela

cicatricial provocada pela técnica convencional. Desta forma, foi proposto à paciente a técnica de braquioplastia com abordagem exclusivamente via axilar, associada a lipoaspiração para correção da deformidade. A paciente mostrou-se extremamente satisfeita com o resultado pós-operatório, destacou as vantagens de a cirurgia ter ocorrido no mesmo ato operatório e com incisão única, facilmente escondida na prega axilar e que a ajudaram a amenizar tanto os efeitos do envelhecimento braquial e quanto mamário apresentados pela mesma.

Desta forma, deste que acordado e esclarecido com a paciente possíveis limitações, pacientes classificadas como Appelt IIb e IIIb, podem beneficiar-se da técnica de braquioplastia via axilar. Uma vez que, mesmo as pacientes com indicações clássicas de braquioplastia convencional, devem necessariamente considerar as suas deformidades braquiais são suficientemente graves a ponto de os benefícios da correção superarem as desvantagens de uma cicatriz que por vezes se apresentará inestética e aparente⁽⁸⁾.

Já as pacientes com Appelt IIC e IIIC que apresentam flacidez de todo o braço e parede lateral torácica, devem ser submetidos a cirurgia de braquioplasta estendida, para ressecção de todo o excesso de pele de ambas as regiões⁽⁹⁻¹⁰⁾.

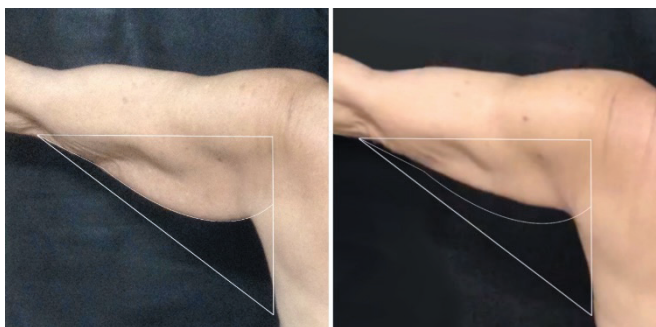


Figura 4. Imagem ilustrativa comparando o pré-operatório e pós-operatório de braquioplastia via axilar. Na figura B, nota-se o percentual reduzido da flacidez braquial após o procedimento cirúrgico.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

CONCLUSÃO

A técnica de braquioplastia axilar desde que bem indicada é de fácil execução, apresenta baixos índices de complicações e um alto índice de satisfação para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pitanguy I, et al. Cirurgia plástica: uma visão de sua amplitude. São Paulo: Atheneu; 2016.
2. Baroudi R. Dermolipectomy of the upper arm. Clin Plast Surg. 1975; 2: 485-91.
3. Correa-Inturrapesa M, Fernandez JC. Dermolipectomia braquial. Prensa Med Argent. 1954; 34:24-32.
4. Lockwood T. Brachioplasty with superficial fascial system suspension. Plast Reconstr Surg. 1995;96:912-920.
5. Downey SE. Braquioplastia e contorno do tronco superior. In: Thorne CH, Grabb WC, Smith JW. Grabb & Smith – Cirurgia Plástica. 7th ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2018. p.707-711.
6. An Algorithmic Approach to Upper Arm Contouring. Eric A. Appelt, M.D. Jeffrey E. Janis, M.D. Rod. J. Rohrich, M.D. Plast. Reconstr. Surg. 118: 237, 2006.
7. Felicio Y. Axillary Reduction Mammoplasty-Yhelda Felicio's technique. Aesthetic Plastic Surgery; 21(4), p268-275, 1997.
8. Abramson DL. Minibrachioplasty: minimizing scars while maximizing results. Plast Reconstr Surg. November 2004; 114(6):1631-1634.
9. Teimourian B, Malekzadeh S. Rejuvenation of the upper arm. Plast Reconstr Surg. 1998;102(2): 545-51.
10. El Khatib HA. Classification of brachial ptosis: strategy for treatment. Plast Reconstr Surg. 2007; 119(4): 1337-42.

RELATO DE CASO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MANDÍBULA COMINUTIVA COM FIXAÇÃO EXTERNA

KARINY OLIVEIRA SILVA¹; JOSÉ MARIA SAMPAIO MENEZES JÚNIOR²; RICARDO FRANKLIN GONDIM³; CLARICE MAIA SOARES DE ALCÂNTARA PINTO⁴; ARIEL VALENTE BEZERRA⁵.

1 - Cirugiã-dentista - Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – IJF – Fortaleza – Brasil.

2 - Mestrado em técnicas clínicas em Odontostomatologia - Superintendente adjunto do Hospital Instituto José Frota - Fortaleza – Brasil.

3 - Doutorado em Odontologia com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do IJF – Fortaleza – Brasil.

4 - Doutorado em Clínica Odontológica, com Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais - Coordenadora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do IJF- Fortaleza – Brasil.

5 - Doutorado em Ciências Morfofuncionais pela Universidade Federal do Ceará – Cirurgião Bucomaxilofacial do IJF – Brasil.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: kaoliveira@alu.ufc.br

RESUMO

O tratamento cirúrgico com fixadores externos não requer um grande deslocamento periosteal na região das fraturas o que evita perda de suprimento sanguíneo e de fragmentos ósseos cominuídos. A proposta deste estudo, é relatar um caso de um paciente com história de acidente motociclístico, apresentando comprometimento dos tecidos moles, fratura cominutiva de região anterior de mandíbula e fratura de maxila Le fort II. Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, atendido pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Instituto José Frota – Fortaleza – Ceará, após acidente motociclístico. Ao exame físico, observou-se extenso ferimento em fundo de sulco e de vermelhão do lábio inferior, perda de segmento dento-alveolar e severa exposição de fragmentos ósseos, associada a secreção purulenta. Paciente foi levado ao centro cirúrgico de emergência, sob anestesia geral, para remoção de fragmentos desvitalizados, desbridamento, após redução e estabilização das fraturas com bloqueio maxilo-mandibular (BMM) foram fixadas as fraturas maxilares com placas e parafusos do sistema 2.0-mm e fixação de mandíbula com fixador externo de punho nº 150 com 06 pinos bilaterais, bicorticais, unidos a conectores. Após fixação e extabilização óssea, foi realizada a reconstrução do tecido mole. Após 90 dias de acompanhamento pós-operatório, foi observada cicatrização óssea e oclusão dentária satisfatórias. Devido a fisiopatologia e ao mecanismo de média e alta energia em acidentes motociclísticos, é importante avaliar a melhor escolha de tratamento cirúrgico. Em casos com severa cominuição e danos graves aos tecidos moles, a fixação externa é uma opção de tratamento rápida e com resultados satisfatórios.

Palavras-chave: Fraturas Cominutivas; Fixadores Externos; Redução Fechada; Fraturas Mandibulares; Reconstrução Mandibular.

ABSTRACT

Surgical treatment with external fixators does not require a large periosteal stripping in the fracture region, which prevents loss of blood supply and comminuous bone fragments. The purpose of this study was to report a case of a patient with a history of motorcycle accident, presenting soft tissue involvement, comminutive fracture of the anterior region of the mandible and maxillary fracture Le fort II. Male patient, 32-year-old, attended by the Bucomaxillofacial Surgery and Traumatology team of the Instituto José Frota - Fortaleza - Ceará, after a motorcycle accident. Physical examination, extensive injury was observed in the groove bottom and lip vermilion of the lower lip, loss of dentoalveolar segment and severe exposure of bone fragments, associated to purulent secretion. The patient was taken to the emergency surgical center, under general anesthesia, for removal of devitalized fragments, debridement, after reduction and stabilization of fractures with maxillomandibular block (BMM). Maxillary fractures were fixed with plates and screws of the 2.0-mm system. fixation of the mandible with external wrist fixator no. 150 with 06 bilateral pins, bicortic, attached to connectors. After bone fixation and extabilization, soft tissue reconstruction was performed. Patient progresses 90 days after surgery with satisfactory bone healing and dental occlusion. Due to the pathophysiology and the medium and high energy mechanism in motorcycle accidents, it is important to evaluate the best option of surgical treatment. In cases with severe comminution and severe soft tissue damage, external fixation is a rapid treatment with satisfactory result.

Keywords: Fractures Comminutives; External Fixators; Closed Reduction; Mandibular Fractures; Mandibular Reconstruction.

INTRODUÇÃO

As fraturas mandibulares têm a maior incidência entre as fraturas do esqueleto facial, totalizando 31,97% dos casos de traumas dessa região. Como causuística, os acidentes de tráficos são as mais comuns etiologias ⁽¹⁾. Desses pacientes, uma grande proporção sofre injúrias faciais através de mecanismos de alta-energia resultando em fraturas mais complexas e com grande mobilidade dos cotos fraturados ⁽²⁾, tornando o tratamento dessas fraturas desafiante. A Fixação externa é uma técnica na qual segmentos ósseos são fixados em pinos e depois unidos a conectores. Ademais, frequentemente é considerada um subtipo de redução fechada e fornece uma fixação semi-rígida. Atualmente, a fixação interna rígida é padrão ouro para tratamento de fraturas faciais, porém alguns casos específicos são passíveis de redução com fixação externa ^(3,4).

Para alguns casos, a fixação externa pode otimizar o tratamento da fratura, em conjunto ou não com fixação interna. Estes incluem, fixação temporária intraoperatória em mandibulectomias segmentadas para manter a oclusão e prevenir a rotação assimétrica dos côndilos mandibulares antes da instalação de placas de reconstrução; Fraturas côndilares altas desfavoráveis à fixação interna devido a uma grande dissecação subperiosteal ou fraturas da cabeça condilar em fragmentos muito pequenos para fixação com placas e parafusos; fraturas mandibulares severamente cominuidas ou infectadas para as quais um segundo momento cirúrgico com fixação interna é planejado; casos selecionados em populações pediátricas com fraturas mandibulares; e em fraturas atróficas da mandíbula ⁽³⁾.

Este trabalho, objetiva por meio de um caso clínico, apresentar um tratamento adequado em um único tempo cirúrgico de um caso de um paciente com história de acidente de trânsito resultando em fratura complexa de região anterior de mandíbula, elucidando e discutindo acerca da efetividade da fixação externa.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 32 anos, melanoderma, com história de acidente motociclístico sem capacete, foi admitido no Hospital Instituto José Frota (Fortaleza-CE), encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial com mais de 24 horas após o trauma. Na avaliação inicial, apresentou-se eupneico em ar ambiente, consciente, orientado, porém encontrava-se nauseado e com êmeses. Na anamnese, negou patologias de base bem como uso crônico de medicamentos e alergias. Ao exame físico extraoral da face, apresentava ferimento extenso em lábio inferior à esquerda, escoriações e edema em terço médio e inferior da face. Ao exame físico intraoral, foi constatada mobilidade óssea severa de maxila e região anterior de mandíbula, má-oclusão dentária, péssima higiene oral, ferimento corto-contuso em fundo de sulco de região anterior de mandíbula com saída de secreção purulenta, perdas dentárias dos dentes 32 ao 43 e do segmento alveolar associado a esses dentes e exposição de fragmentos ósseos. À tomografia computadorizada

multi-slices da face, foi evidenciada fratura cominutiva de região anterior de mandíbula e fratura Le fort II em maxila (**Figura 1**).

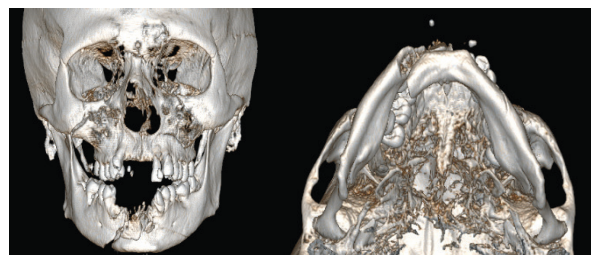


Figura 1. Imagens da reconstrução 3D evidenciando fratura cominutiva com deslocamento severo dos cotos ósseos e perda de segmento ósseo alveolar.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Como decisão terapêutica, paciente foi conduzido ao centro cirúrgico em caráter de urgência para limpeza, desbridamento e fixação das lesões sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. Após bloqueio maxilo-mandibular transoperatória, a maxila foi fixada com placas e parafusos de titânio do sistema 2.0-mm em região de pilar canino e zigomático-maxilar bilateral. Foi realizada limpeza e desbridamento dos fragmentos ósseos desvitalizados em região anterior de mandíbula. A mandíbula foi tratada através redução fechada com fixador ósseo de punho nº 150. Foram realizadas incisões percutâneas puntiformes nos locais de inserção dos pinos e 06 pinos de Kirschner foram instalados em espessura bicortical perpendicularmente a cortical óssea basilar em corpo bilateral e região anterior da mandíbula e unidos a conectores (**Figura 2**).



Figura 2. Imagem transoperatória da fixação externa da fratura mandibular.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

No pós-operatório imediato, foi realizada passagem de sonda nasogástrica para evitar contaminação das feridas cirúrgicas intraorais. Na tomografia pós-operatória, foi observado posicionamento adequado dos pinos bem como alinhamento satisfatório das fraturas. Paciente recebeu alta hospitalar após 06 dias de internação com evolução cicatricial satisfatória das lesões de tecido

mole. Após 90 dias da instalação do fixador externo, o dispositivo foi removido em centro cirúrgico sob sedação e anestesia local. Forams observada oclusão satisfatória e ausência de mobilidade de mandíbula.

DISCUSSÃO

A fixação externa é uma das ferramentas que os cirurgões maxilo-facial têm para conter danos em situações em que a cominuição é combinada com uma grande perda de tecido periosteal, muscular, danos a mucosa oral e infecções purulenta, além disso, em condições médicas que necessitem de uma intervenção rápida e simples ou ainda quando não há dentes suficientes para fornecer estabilidade oclusal para um BMM⁽⁴⁻⁶⁾. Embora a fixação externa seja inestética, provém um aparato para tratamento de feridas causadas por projéteis de arma de fogo ou em traumatismo de alta energia⁽⁷⁾. No presente relato, o paciente sofreu acidente motociclístico, porém devido ao mecanismo de alta energia do trauma, a fratura assumiu um padrão de severa cominuição e perda de substância de tecido mole e ósseo.

O tratamento cirúrgico com fixadores externos não requer um grande deslocamento periosteal na região das fraturas o que evita perda de suprimento sanguíneo e de fragmentos ósseos cominuídos. Em comparação com o BMM, não há comprometimento da abertura bucal o que permite ao paciente a realização da higiene oral e nutrição adequada, o trismo também é reduzido⁽⁸⁾. Além disso, BMM pode não fornecer estabilidade a basilar óssea⁽⁹⁾.

Marti-Flich et al., realizaram um estudo retrospectivo entre 1995 e 2019, onde foram avaliados um total de 65 pacientes. Dentre os resultados foram observadas poucas complicações durante o período do estudo. Não foram relatados danos às raízes dentárias, ao nervo alveolar inferior ou à glândula parótida. Contudo, todos os pacientes apresentaram inflamação local durante o período de fixação. No nosso caso, o paciente não teve queixas de parestesia ou quaisquer outros danos às estruturas nobres decorrentes do tratamento assim como não foram observadas inflamações locais na pele relacionadas à fixação transcutânea⁽⁹⁾.

O período ideal de manutenção do fixador externo é de pelo menos 90 dias, período inferiores a esse o risco de pseudoartrose é significativo. Apesar disso, foi observado uma porcentagem de 88,46% de completa cicatrização óssea, o que indica a eficiência dessa técnica traumas complexos⁽⁹⁾. Em nosso estudo, o paciente permaneceu com o dispositivo por 90 dias com resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

Outras vantagens são o baixo custo, a facilidade de implementação e sua eficácia fazendo com que seja útil até os dias de hoje. O principal objetivo do fixador externo é manter ambas as dimensões, horizontal e sagital, do arco mandibular. Para alcançar esse objetivo é necessário inserir os pinos em uma angulação de 60 graus com a cortical óssea externa, reduzir os fragmentos principais em posição contra o deslocamento – manualmente ou com auxílio de

bloqueio maxilo-mandibular^(10,11).

A estabilização com fixador externo da mandíbula em pacientes gravemente traumatizados é um procedimento rápido, útil em situações de emergência, uma vez que o reparo definitivo pode ser realizado em um segundo momento cirúrgico. Em nosso caso, o paciente foi submetido a cirurgia de emergência devido a gravidade e extensão dos ferimentos, além da exposição óssea e infecção ativa porém não foi necessário uma segunda abordagem para fixação interna das fraturas da mandíbula⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Devido a fisiopatologia e aos mecanismos de média e alta energia em acidentes motociclísticos, é importante avaliar a melhor escolha de tratamento cirúrgico. Em casos com severa cominuição e danos graves aos tecidos moles, a fixação externa é uma opção de tratamento rápida e com resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Wusiman P, Maimaituexun B, Guli, Saimaiti A, Moming A. Epidemiology and pattern of oral and maxillofacial trauma. *The journal of craniofacial surgery*. 2020;31(5): 517-520.
2. Cabalag M, Wasiak J, Andrew NE, Tang J, Kirby JC, Morgan DJ. Epidemiology and management of maxillofacial fractures in an Australian trauma centre. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2014;67:183-189.
3. Kazi AA, Lee TS, Vicent A, Sokoya M, Sheen D, Ducic Y. The role of external fixation in trauma and reconstruction of the mandible in the age of rigid fixation. *Facial Plastic surgery*. 2019; 35:614-622.
4. Braid H, Ziccardi VB. External fixation for mandible fractures. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North American*. 2009;17:45-53.
5. Chrcanovic BR. Open versus closed reduction: comminuted mandibular fractures. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013;17(2):95-104.
6. Holmes S, Hardee P, Anand P. Use of an orthopaedic fixator for external fixation of the mandible. 2002;40(3):238-240.
7. Rinna C, Saltarel A, Spuntarelli G, Marianetti TM, Tedaldi, M. Rigid External Fixation and Condylar Remodeling. *Annals of Plastic Surgery*. 2007;58(1):57-60.
8. Gibbons AJ, Mackenzie N, Breederveld RS. Use of a custom designed external fixator system to treat ballistic injuries to the mandible. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 2011;40:103-105.
9. Marti-Flich, L.; Schlund, M.; Raoul, G.; Maes, J.-M.; Ferri, J.; Wojcik, T.; Nicot, R. Twenty-four years of experience in management of complex mandibular fractures with low cost, custom-made mandibular external fixation: A 65-patient series. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020;121(3):242-247.
10. Wojcik T, Nicot R, Ferri J, Raoul G. A Cheap Hand-Made Mandibular External Fixator?. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2016;27(7), 1839-1841.
11. Cornelius CP, Augustin JB, Sailer KL. External pin fixation for stabilization of the mandible—comeback of a method: historical review and first experiences with the ‘mandible external fixator’. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009;13:1-14.

RELATO DE CASO

DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE

DIEGO TOMAZ TELES **PEIXOTO**¹; BÁRBARA TIMBÓ **CID**²; BÁRBARA HOLANDA ROCHA DE ALCÂNTARA **MACEDO**³; FREDERICO COSTA **DOS SANTOS**¹; HUMBERTO DE HOLANDA MADEIRA **BARROS**¹; FRANCISCO JOSÉ CABRAL **MESQUITA**¹.

1 - Urologista do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.

2 - Acadêmica de Medicina do 6º ano do Centro Universitário Inta - (UNINTA), Sobral, Ceará.

3 - Acadêmica de Medicina do 6º ano da Universidade Potiguar (UNP).

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: diegotomazteles@hotmail.com.

RESUMO

O divertículo da bexiga representa uma herniação da mucosa e submucosa da bexiga devido há uma fragilidade no músculo detrusor. Os divertículos vesicais são raros e mais frequentemente descritos em homens. Apresentamos um caso de um divertículo vesical gigante em um homem jovem de 31 anos. A sintomatologia foi marcada por retenção urinária. Cistectomia parcial por abordagem videolaparoscópica, visto em intraoperatório bexiga aderida aos vasos ilíacos devido ao seu tamanho. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências.

Palavras-chave: Divertículo; Bexiga Urinária; Cistectomia.

ABSTRACT

The bladder diverticulum represents a herniation of the bladder mucosa and submucosa due to a weakness in the detrusor muscle. Bladder diverticula are rare and more frequently described in men. We present a case of a giant bladder diverticulum in a 31-year-old male. The symptomatology was marked by urinary retention. Partial cystectomy by videolaparoscopic approach, seen intraoperatively bladder adhered to the iliac vessels due to its size. The postoperative elapsed was uneventful.

Keywords: Diverticulum; Urinary Bladder; Cystectomy.

INTRODUÇÃO

O divertículo da bexiga é uma herniação da mucosa e submucosa da bexiga através de um ponto de fraqueza no músculo detrusor ⁽¹⁾. Geralmente acometem homens com mais de 60 anos e a maioria dos casos são assintomáticos, com diagnóstico insidioso em exames de imagem. O divertículo pode ter origem congênita ou adquirida. Os de causa adquirida relacionam-se à obstrução infravesical, por etiologias neuropáticas, anatômicas ou iatrogênicas, podendo haver múltiplas herniações. Já as causas congênitas são herniações solitárias, causado por defeito de desenvolvimento da musculatura vesical na fase embrionária, não havendo obstrução do trato urinário inferior ⁽⁴⁾. Pacientes com essa patologia costumam não apresentar sintomas, quando detectados de forma acidental, por investigação de outra doença não relacionada. Desse modo, os sintomas se tornam presentes em grandes divertículos da bexiga, pois há o esvaziamento lento ou de forma incompleta após a micção, causando sinais como infecções do trato urinário de repetição, hematúria e disúria, atribuídos à estase urinária, ou presença de massa na área abdominal inferior ⁽¹⁾. Exames de imagem e endoscópicos podem detectar o divertículo, tais como uretrocistografia miccional, TC de pelve e cistoscopia ⁽⁴⁾.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 31 anos de idade, previamente hígido e sem histórico médico significativo, procurou atendimento médico devido a uma série de queixas relacionadas à função urinária. Ele relatou um jato urinário fraco, esvaziamento incompleto da bexiga, sensação de peso no abdome e frequência aumentada de micção (polaciúria).

Após avaliação inicial com exame de imagem (**Figura 1**), o paciente foi submetido a uma cistoscopia, um procedimento que permitiu uma visualização direta da bexiga. Durante a cistoscopia, foi identificado um achado notável: um divertículo vesical gigante localizado na parede lateral alta direita da bexiga. Esse achado levantou preocupações significativas em relação ao impacto na função urinária e à necessidade de intervenção médica.

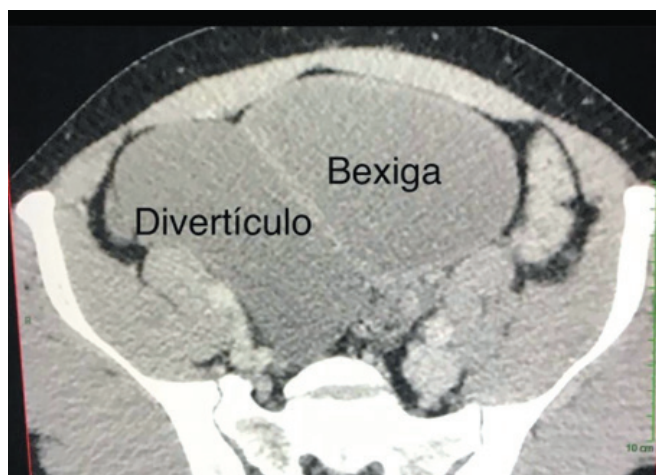


Figura 1. Tomografia computadorizada de pelve evidenciando acometimento de bexiga por um divertículo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Diante disso, a equipe médica optou por realizar uma cistectomia parcial videolaparoscópica (**Figura 2**), um procedimento minimamente invasivo que envolve a remoção cirúrgica de parte da bexiga. A cirurgia foi conduzida sem intercorrências significativas, apesar da observação intraoperatória de que a bexiga estava aderida aos vasos ilíacos devido ao tamanho incomum do divertículo. Essa aderência ressalta ainda mais a complexidade da situação e a necessidade de cuidados precisos durante o procedimento.

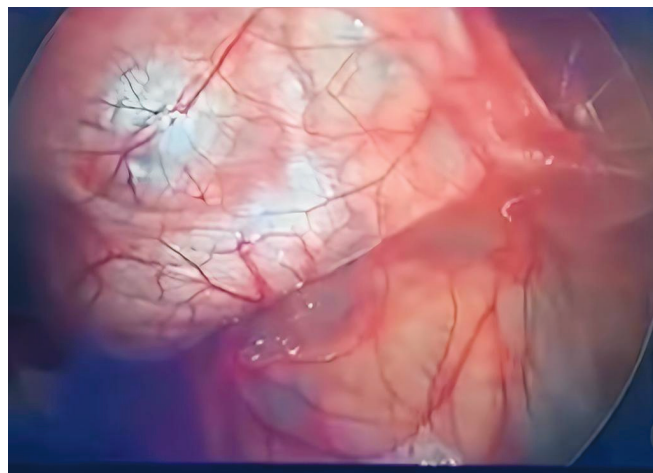


Figura 2. Divertículo de bexiga em intraoperatório.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

No período pós-operatório imediato, o paciente demonstrou uma recuperação positiva. Ele não apresentou sinais de hematúria, indicando uma boa cicatrização das áreas cirúrgicas. Além disso, sua função urinária melhorou, e ele estava apto para receber alta hospitalar e continuar seu acompanhamento médico em regime ambulatorial.

A análise histopatológica do tecido removido durante a cirurgia revelou que o divertículo possuía um revestimento urotelial normal, sem evidências de atipias celulares ou alterações malignas. Isso proporcionou um alívio adicional ao paciente e à equipe médica, confirmado que a intervenção cirúrgica foi bem-sucedida na resolução da condição e na preservação da saúde do paciente a longo prazo.

DISCUSSÃO

Adultos com sintomas leves e sem condições agravantes podem ser proposto o monitoramento e vigilância, porém há possibilidade de aumento do risco de neoplasia, as quais sinais de alerta devem estar atentos, como hematúria, disúria e outros sintomas do trato urinário inferior ⁽⁶⁾.

O tratamento cirúrgico, diverticulectomia vesical, geralmente é realizada de forma eletiva, quando o paciente apresenta sintomas, como estase urinária, esvaziamento incompleto, sendo feito uma avaliação pré-operatória detalhada, como uma cistoscopia antes do procedimento cirúrgico. As opções cirúrgicas incluem diverticulectomia aberta intravesical ou extravesical e abordagem laparoscópica. Muitas vezes, o tratamento é eficaz, aliviando os sintomas ⁽¹⁾.

A malignidade pode surgir como hipótese quando há o diagnóstico de divertículo da bexiga devido à falta de uma parede muscular além da camada mucosa, resultando em um risco maior de extensão de uma possível malignidade para fora da bexiga, assim o prognóstico não é favorável ⁽⁵⁾. No entanto, a agressividade desses tumores, sua probabilidade de disseminação e suas consequências clínicas são incertas. Assim, o carcinoma de células uroteliais é o tipo de câncer mais comum nesses divertículos, precedido pelo carcinoma de células escamosas, geralmente, ocorre em pacientes entre 65 e 75 anos ⁽³⁾.

CONCLUSÃO

Diante disso, o divertículo vesical gigante pode se manifestar com sintomas do trato urinário, formação de neoplasias ou mesmo abdome agudo por ruptura ⁽²⁾. Assim, a avaliação inicial inclui uma anamnese completa e exame físico, incluindo toque retal. O divertículo em exame de imagem é visto comumente ao longo da parede lateral da bexiga. O tratamento pode ocorrer através de terapias conservadoras, excisões cirúrgicas e cuidados endoscópicos. A abordagem cirúrgica é indicada quando sintomática. A diverticulectomia laparoscópica intraperitoneal ou extraperitoneal é possível, embora o método extraperitoneal seja mais difícil. A cistoscopia flexível concomitante pode

ajudar a localizar o colo do divertículo. Muitas vezes, o tratamento é eficaz e alivia os sintomas ⁽⁴⁾.

O prognóstico de tumores vesicais associados a um divertículo varia de acordo com o quadro clínico e estágios patológicos ⁽³⁾. Tumores confinados ao divertículo têm um prognóstico melhor do que os tumores com divertículo extra a extensão e pode ser tratado de forma conservadora por ressecção transuretral ou cistectomia parcial. Em pacientes tratados, há o acompanhamento cuidadoso para descartar a progressão da doença são de extrema importância.

REFERÊNCIAS

1. IANG, ShuangHong et al. A huge bladder diverticulum in an elderly: A case report. SAGE Open Medical Case Reports, 2019.
2. HALASEH, Sattam; LESLIE, Stephen. Bladder Diverticulum. StatPearls, 2022
3. Golijanin D, Yossepowitch O, Beck SD, Sogani P, Dalbagni G. Carcinoma em um divertículo de bexiga: apresentação e resultado do tratamento. J Urol. novembro de 2003.
4. SOW, Ousmane et al. Giant bladder diverticulum in a postmenopausal woman: Case report and literature review. Urology Case Reports, Urology-Andrology Department, Aristide Le Dantec Hospital, Dakar, Senegal., p. 1-3, 2021.
5. FANG, Chu-Wen et al. A population-based cohort study examining the association of documented bladder diverticulum and bladder cancer risk in urology patients. PLOS ONE, [S.l.], 2019.
6. Abou Zahr R, Chalhoub K, Ollaik F, Nohra J. Congenital Bladder Diverticulum in Adults: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Urol. 2018.

RELATO DE CASO

RETALHO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO MEDIAL PARA CIRURGIA REPARADORA DO JOELHO

ROSELY MORAES GONÇALVES DE MOURA¹; ALANO MOURÃO LEANDRO²; KAIO DANILO LEITE DA SILVA ROCHA²; ISADORA TEIXEIRA DE FREITAS CAVALCANTE³.

1 – Cirurgiã Plástica preceptora do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

2 – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

3 – Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: cepesq@ijf.ce.gov.br

RESUMO

O retalho de músculo gastrocnêmio medial (MGM) é uma opção para cobertura de defeitos em membro inferiores, tendo seu uso mais comum em caso de infecções. Trata-se de relato de caso de paciente de 41 anos, portador de osteomielite crônica de joelho, após debridamentos, foi submetido a correção de defeito com retalho muscular de MGM, associado a enxertia de pele. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Dessa forma, o emprego deste tipo de reconstrução mostrou-se eficaz na reconstrução de defeitos como este em joelho.

Palavras-chave: Joelho; Reconstrucao; Retalho; Gastrocnemio.

ABSTRACT

The medial gastrocnemius muscle (MGM) flap is an option for covering defects in the lower limbs, with its most common use in cases of infections. This is a case report of a 41-year-old patient with chronic knee osteomyelitis who, after debridement, underwent defect correction with an MGM muscle flap, associated with skin grafting. The patient evolved uneventfully in the postoperative period. Thus, the use of this type of reconstruction proved to be effective in the reconstruction of defects of this type in the knee.

Keywords: Knee; Reconstruction; Flap; Gastrocnemius.

INTRODUÇÃO

A reconstrução de lesões com perda de substância de membros inferiores continua a ser um desafio para os cirurgiões, especialmente quando se trata do joelho. Nesses casos, uma boa opção retalho de músculo gastrocnêmio medial tem sido frequentemente utilizado, por ter vascularização conhecida e confiável, além de ter bom arco de rotação e boa plasticidade.

As principais indicações são reconstruções após quadros infecciosos. O joelho tem acometimento facilitado para infecções, devido a sua vascularização da região superficial que não possui artérias perfurantes eficazes, sendo dependente apenas do plexo subdérmico adjacente^(1,2). Em artroplastias totais de joelho, taxa de infecção profunda chegar até 12% dos casos⁽⁴⁾.

Comorbidades como Múltiplas cirurgias prévias, artrite reumatóide, obesidade, doença arterial periférica (DAOP), uso crônico de corticostéroides, tabagismo e etilismo podem ser fatores de risco para desenvolvimento de infecções⁽³⁾.

Dessa forma, o retalho de M. Gastrocnêmio Medial tem seu emprego para reconstrução para cobertura de perda de substância em membro inferior, especificamente para o joelho.

RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de caso de paciente com quadro de osteomielite crônica agudizada de joelho direito, sendo submetido a múltiplos procedimentos para debridamento e, por último, osteossíntese e artrodese, além de antibioticoterapia de amplo espectro e acompanhamento com estomaterapia.

Teve avaliação da Cirurgia Plástica, sendo observado lesão com extensa perda substância de tamanho 20x7 cm, com tecido de granulação sobre superfície óssea, como mostra a Figura 1.

Feito pré-operatório com ajuste de níveis hematimétricos, para manter hemoglobina maior que 9,0 mg/dL, adicionado de estudo de vascularização de membro inferior direito, por meio de ultrassonografia com doppler, não sendo evidenciado nenhuma alteração.



Figura 1. Aspecto da lesão no pré-operatório.

Realizada incisão em face medial de perna direita, seguido de diérese e descolamento de retalho fasciocutâneo bipediculado para acesso a M. Gastrocnêmio Medial. Seguido de secção distal de musculatura, próximo a aponeurose tendínea, e ligaduras de vasos perfurantes adjacentes.

Rotacionado retalho para cobertura de joelho e fixação em face lateral de perna direita.

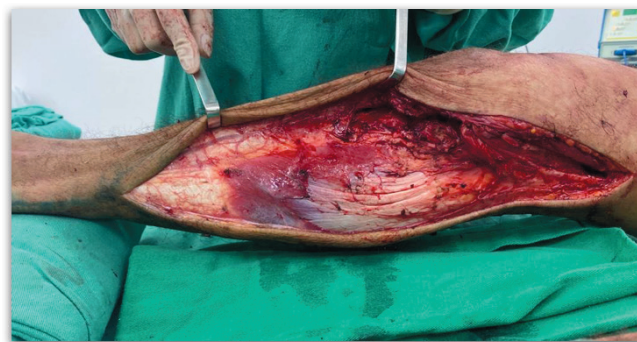


Figura 2. Imagem após rotação de retalho muscular.

Após rotação, foi realizado síntese primária de pele e em retalho fasciocutâneo, seguido de aposição de dreno de sucção em sistema fechado em toda área de descolamento.

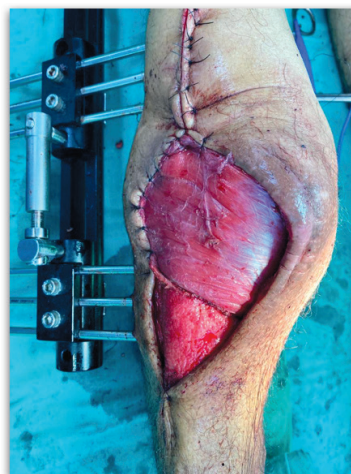


Figura 3. Fixação de retalho de m. Gastrocnêmio medial.

Realizado enxerto de pele de espessura parcial sobre retalho muscular e sobre tecido de granulação prévio.

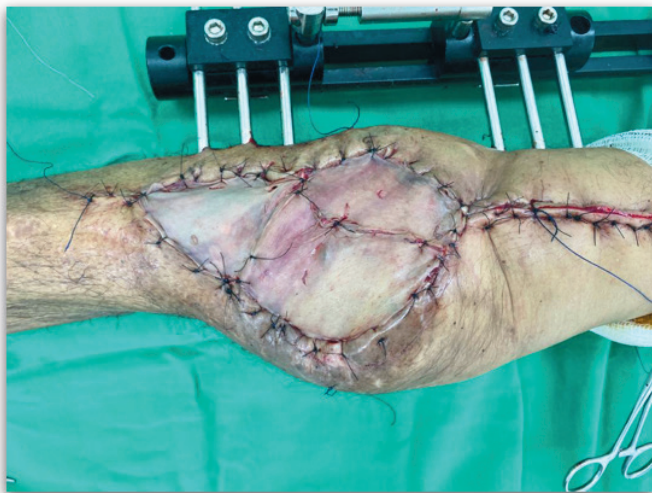


Figura 4. Resultado imediato após enxertia de pele de espessura parcial.

Paciente evoluiu com boa pega do enxerto, sendo realizado embebição com Rifamicina spray em área doadora e receptora. Não apresentou nenhuma complicação em decorrência do procedimento. (Figura 5)

Recebeu alta no sétimo dia pós-operatório, sendo orientado cuidados com ferida e retorno ambulatorial.

Retornou ao ambulatório no 23º dia pós-operatório para seguimento e retirada de pontos remanescentes, sendo evidenciado boa cobertura cutânea e sem complicações locais. Dessa forma, recebeu alta da Cirurgia Plástica. (Figura 6)



Figura 5. 5º dia pós-operatório.



Figura 6. 23º dia pós-operatório

DISCUSSÃO

O músculo gastrocnêmio medial caracteriza-se por ser biarticular, compondo parte da estrutura do músculo tríceps sural, juntamente com o músculo sóleo e a cabeça lateral do músculo gastrocnêmio. Tem como função realizar a flexão plantar do tornozelo, além de contribuir com a irrigação do território cutâneo posterior da perna, com pelo menos dois vasos perfurantes⁹.

A ressecção de apenas um ventre muscular do gastrocnêmio não prejudica a função de flexão plantar e não causa deformidade importante¹⁰.

A cabeça medial do músculo gastrocnêmio tem comprimento médio de 20 cm (variação de 19 a 23 cm) e largura de 6,5 cm (variação de 4,5 a 9 cm), que permite um amplo arco de rotação e boa área para cobertura das exposições ósseas da perna e joelho. O pedículo vascular tem comprimento médio de 4,5 cm, a média da área do retalho do gastrocnêmio medial é de 32,5 cm² (variação de 22,3 a 47,5 cm²)⁹.

Estudos anatômicos têm demonstrado um padrão vascular intramuscular constante do músculo gastrocnêmio. Esse padrão consiste de uma artéria sural para cada cabeça, que geralmente se divide na porção proximal do ventre muscular em dois ramos terminais longitudinais. Esses achados permitem a separação longitudinal dos dois terços distais de cada ventre muscular em dois segmentos iguais sem comprometimento do fluxo sanguíneo dos segmentos musculares¹². Essa técnica de segmentação da cabeça do músculo gastrocnêmio pode ser utilizada em algumas situações, por exemplo, na presença de um defeito ósseo profundo após uma lesão por arma de fogo ou em paciente com osteomielite crônica. Nesses casos, é possível preencher a cavidade com um dos segmentos musculares e cobrir essa parte com o outro segmento, de forma que o primeiro segmento aumente o suprimento sanguíneo para o local da lesão, e o outro sirva como base para o enxerto de pele¹³.

As principais indicações para o uso do retalho do gastrocnêmio são a cobertura de lesões no joelho e no terço superior da perna. As indicações incluem fraturas do platô tibial com exposição óssea, cobertura de próteses em artroplastia de joelho, cobertura de exposição óssea e metálica no joelho e no terço superior da perna após amputação ou tratamento de tumores^{6,11}.

Apesar de, no caso, ser realizado incisão em região medial de perna, também pode ser utilizada a via linha média posterior, entre as duas cabeças do músculo, com a justificativa de melhor visualização do pedículo e liberação mais ampla do retalho¹².

Quanto à morbidade na área doadora do retalho muscular do gastrocnêmio, em um estudo que avaliou 82 pacientes, por meio de autoavaliação por questionário, verificou-se que 20% deles tinham dor quando andavam até 50 metros, 40% tinham dor quando andavam mais de 200 metros e 70% tinham dor e sensação de fraqueza na perna operada quando corriam. No mesmo estudo, 40 pacientes foram avaliados fisicamente, verificou-se que os pacientes que tiveram a ferida coberta com retalho muscular do gastrocnêmio apresentavam deficiência de 10 a 11% na flexão e na extensão da articulação do tornozelo. Assim como deficiência de 27% para flexão e de 14% para extensão da articulação do joelho¹⁴.

Existem diversas possibilidades para reconstrução dessas lesões: curativos simples, curativos com pressão negativa, enxertos de pele, retalhos fásio-cutâneos, retalhos musculares pediculados ou livres, com ou sem artrodese do joelho, até amputações. Em casos de lesões muito extensas, podem ser usados retalhos microcirúrgicos de M. Reto abdominal ou M. Grande dorsal⁵.

Em caso de lesões articulares ou ósseas crônicas, características dos fatores locais devem ser bem documentados, como grau de infiltração e contaminação, ausência de infecção e de material de osteossíntese ou prótese são importantes para o sucesso do plano de tratamento⁵.

Nos casos com infecção adjacente, os germes mais comumente isolados, o *Staphylococcus aureus* foi o mais comum, sendo evidenciado em mais de 50% dos casos, seguido de *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*⁶.

Apesar de não terem havido complicações no presente caso, a taxa de complicações descrita por Macedo *et al.* foi de 7,1%. O risco de necrose do retalho está geralmente associado à insuficiência vascular não diagnosticada (artéria sural) e pode ser causada pelo trauma ou por cuidados inadequados no pós-operatório, principalmente de posicionamento do paciente no leito.

Souza *et al.* em seu estudo demonstrou segurança e ausência de mortalidade nos casos de reconstrução de

joelho com MGM. Evidenciou também, as principais complicações locais relacionadas ao procedimento, sendo representadas pela deiscência de sutura e necessidade de novos debridamentos⁶.

A realização de retalhos musculares tem por objetivo recriar um ambiente biológico, isolando estruturas profundas do meio ambiente, diminuindo o espaço morto, promovendo a vascularização local, aumentando a concentração de oxigênio, a eficácia das trocas nutritivas e metabólicas, o transporte de mediadores imunológicos e a concentração de antibióticos *in loco*⁵.

Sendo assim, a primeira escolha em casos de reconstrução de perda de substância é a rotação do gastrocnêmio medial⁷. Ele é um retalho do tipo 1 pela classificação de Mathes e Nahai, porque possui pedículo vascular constante — artéria sural — comprimento e largura satisfatórios, ótimo arco de rotação, plasticidade, o que permite o fechamento sem tensão na maioria dos casos, dissecação de média complexidade em sua execução, além de baixa morbidade na área doadora^{5,8}.

CONCLUSÃO

Com a exposição do caso e revisão de literatura prévia podemos afirmar que a técnica aplicada e descrita tem boa aplicabilidade e eficácia, podendo ser realizada com segurança em casos de reconstrução de joelho.

REFERÊNCIAS

1. Klein NE, Cox CV. Wound problems in total knee arthroplasty. In: Fu FH, Harner CD, Vince K. Knee Surgery. Baltimore: Williams & Wilkins;1994. p.1539-52.
2. Bjorkstrom S, Goldie IF. A study of the arterial supply of the patella in the normal state, in chondromalacia patellar and in osteoarthritis. Acta Orthop Scand. 1980;51:63-70.
3. Nahabedian MY, Mont MA, Orlando JC, Delanois RE, Hungerford DS. Operative Management and Outcome of Complex Wounds Following Total Knee Arthroplasty. Plast Reconstr Surg. 1999;104:1688-97.
4. Windsor RE, Insall JN, Urss WK, Miller DV, Brause BD. Two-stage reimplantation for the salvage of total knee arthroplasty complicated by infection. J Bone Joint Surg Am. 1990;72:272-8
5. Markovich GD, Dorr LD, Klein NE, McPherson EJ, Vince KG. Muscle Flaps in Total Knee Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1995;321:122-30.
6. Souza FI, Zumioti AV, Mattar Junior R, Wei TH, Resende MR, Torres LR. Emprego do músculo gastrocnêmio no tratamento das lesões infectadas do joelho. Acta Ortop Bras. [online]. 2009; 17(4):239-41.

7. Hersh CK, Schenck RC, Williams RP. The versatility of the gastrocnemius muscle flap. *J Orthop.* 1995;24:218.
8. Greenberg B, La Rossa D, Lotke PA, Murphy JB, Noone RB. Salvage of jeopardized total knee prosthesis: the role of the gastrocnemius muscle flap. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83:85-9.
9. Torres LR, Teixeira WGJ, Setani EO, Wei TH, Zumioti AV. Retalho cutâneo das artérias perfurantes do músculo gastrocnêmio medial: estudo anatômico. *Acta Ortop Bras.* 2007;15(1):40-2.
10. Moraes FB, Paranaíba RM, Oliveira E, Kuwae MY, Rocha VL. Estudo anatômico do músculo gastrocnêmio medial visando transferência muscular livre funcional. *Rev Bras Ortop.* 2007;42(8):261-5.
11. Pozzobon LR, Helito CP, Guimarães TM, Gobbi RG, Pécora JR, Camanho GL. Retalho de rotação para cobertura após artroplastia total do joelho. *Acta Ortop Bras.* 2013;21(4):219-22.
12. Macedo, JLS, Rosa, SC, Silva, AA; Versatilidade do uso do retalho do músculo gastrocnêmio medial na reconstrução de lesões de partes moles de membros inferiores; *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2016;31(4):527-533
13. Moscona RA, Fodor L, Har-Shai Y. The segmental gastrocnemius muscle flap: anatomical study and clinical applications. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(5):1178-82.
14. Daigeler A, Drücke D, Tatar K, Homann HH, Goertz O, Tilkorn D, et al. The pedicled gastrocnemius muscle flap: a review of 218 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(1):250-7.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

INSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ACESSO VASCULAR E TERAPIA INFUSIONAL EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO¹; FABERGNA DIANNY DE ALMEIDA SALES²; ADRIANA LIMA DE ARAÚJO³; LUCÉLIA BARROSO CARNEIRO⁴; NAYARA CUNHA DE CASTRO ASANO⁵.

1 - Enfermeira, Coordenadora da Comissão de Acesso Vascular (CAV) do Instituto Dr. José Frota (IJF). Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Especialista em Terapia Intensiva e Qualidade e Segurança do Paciente.

2 - Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV- IJF. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Especialista em Terapia Intensiva.

3 - Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Terapia Intensiva.

4 - Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Urgência e Emergência.

5 - Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência, e Nefrologia.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: aliviagirao@gmail.com

RESUMO

A instituição de times e comissões de terapia infusional vem se tornando fundamental para a melhoria das práticas relacionadas à inserção e manutenção de cateteres nos hospitais, além de proporcionar atualização para profissionais para a prática baseada em evidências. Dentro do contexto do Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital terciário de urgência e emergência, a criação de uma comissão de acesso vascular e terapia infusional (CAV) propiciou a implantação de novas práticas e tecnologias relacionadas ao tema. Objetivou-se com este estudo descrever o processo de criação da Comissão de Acesso Vascular do IJF. Trata-se de estudo descritivo sobre o processo de criação e implantação da CAV que se deu nos anos de 2020 a 2022. A criação da comissão se deu diante da necessidade de novas tecnologias para terapia infusional, dentre elas a utilização de cateter central de inserção periférica (PICC), além de estratégias que buscassem a redução de flebites e infecções de corrente sanguínea. O processo se deu a partir da criação de regimento interno, impressos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), instituição de rotinas, treinamentos de profissionais, e da abertura de processo de compra de materiais e insumos de terapia infusional. Os primeiros resultados e indicadores revelaram benefícios para a instituição, além de mais segurança para o paciente e minimização da dor e sofrimento associadas à punções venosas. Acredita-se que a implantação da CAV vem trazendo benefícios ao hospital e aos pacientes, auxiliando a instituição de práticas infusionais mais seguras, e proporcionando a elaboração de indicadores de avaliação de resultados.

Palavras-chave: Cateteres; Dispositivos De Acesso Vascular; Enfermagem.

ABSTRACT

The establishment of teams and committees for infusion therapy is becoming essential for improving practices related to the insertion and maintenance of catheters in hospitals, as well as providing updates for professionals for evidence-based practice. In the context of the Instituto Dr. José Frota (IJF), a tertiary hospital for emergency care, the creation of a vascular access and infusion therapy committee (CAV) led to the implementation of new practices and technologies related to the topic. This study aimed to describe the process of creating the CAV of the IJF. It is a descriptive study on the process of creating and implementing the CAV that took place from 2020 to 2022. The creation of the committee was due to the need for new technologies for infusion therapy, including the use of peripherally inserted central catheters (PICC), as well as strategies that sought to reduce phlebitis and bloodstream infections. The process took place through the creation of an internal by-law, printed materials, Standard Operating Procedures (SOPs), the establishment of routines, training of professionals, and the opening of a procurement process for infusion materials and supplies. The first results and indicators revealed benefits for the institution, as well as more safety for the patient and minimization of pain and suffering associated with venous punctures. It is believed that the implementation of the CAV is bringing benefits to the hospital and patients, helping to establish safer infusion practices, and providing for the development of indicators for evaluating results.

Keywords: Catheters; Vascular Access Devices; Nursing.

INTRODUÇÃO

A Terapia Infusional consiste em um dos procedimentos mais comuns nos serviços de saúde, sendo o acesso vascular imprescindível desde um exame diagnóstico até a administração de medicamentos em pacientes de alta criticidade. Sabe-se que cerca de 90% dos pacientes internados recebem soluções e medicamentos por via intravenosa, e desses 50% a 75 % dos estão em uso de terapia intravenosa periférica ⁽¹⁾. Como principais complicações associadas, destacam-se as infecções da corrente sanguínea (ICS) relacionadas a cateteres, que acarretam com frequência desfechos desfavoráveis em saúde. Além disso, a ICS se associa ao prolongado tempo de internação hospitalar, impactando ainda mais o cenário nacional de falta de leitos e aumentando expressivamente os custos hospitalares, onde dados preliminares estimam que cada infecção diagnosticada tenha custo entre 7.906 a 89.866 dólares americanos ⁽²⁻³⁾.

Entretanto, apesar do grande impacto das ICS nos serviços, esta é a infecção associada a cuidados em saúde de maior potencial preventivo que existe². De acordo com uma revisão sistemática recente, 65 a 70% dos casos poderiam ser prevenidos com adoção de medidas adequadas, como a otimização das práticas de manutenção dos dispositivos ⁽⁴⁾.

Assim, a formação de times e/ou comissões que atuem como referência para a instituição de melhores práticas relacionadas à terapia infusional nos hospitais contribui para o estabelecimento de ações de assistência, ensino e pesquisa, pautadas em evidências científicas para a redução dos indicadores de infecções de corrente sanguínea e flebites.

Acredita-se que para o estabelecimento de uma boa prática em terapia infusional é necessário estabelecer uma organização do trabalho com elaboração de rotinas, de procedimentos, diretrizes práticas ou protocolos que detalhem as ações e tomadas de decisão.

Os times de terapia infusional devem ter como princípios reduzir as complicações infecciosas e mecânicas relacionadas a dispositivos intravasculares, reduzir custos hospitalares associados às complicações e consumo de materiais, proporcionar atualização e educação permanente dos profissionais para a prática baseada em evidências, contribuir na elaboração de protocolos ou guidelines relacionados prática infusional, e atender as necessidades do paciente e da instituição quanto à eficácia, segurança e assistência de alta qualidade ⁽⁵⁾.

Ainda como aspecto positivo da criação dos times, tem-se o melhor custo-benefício do uso de cateteres centrais de inserção periférica (PICCs), dispositivos com taxas de complicação bastante inferiores quando comparados ao cateter central de inserção central (tradicional), sendo sua inserção realizada principalmente por enfermeiros treinados integrantes de um “PICC Team” ⁽⁶⁾.

No Instituto Dr. José Frota (IJF), referência em traumatologia do estado do Ceará, o crescimento do hospital nos últimos anos vem exigindo a criação de setores especializados que agreguem novas tecnologias para a assistência, além de práticas mais atuais conforme as evidências científicas que busquem mais qualidade e segurança dos pacientes.

Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo descrever o processo de criação da Comissão de Acesso Vascular do IJF.

RELATO DE CASO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que buscou apresentar os resultados do processo de criação e implantação da Comissão de Acesso Vascular (CAV) do Instituto Dr. José Frota ocorrido no período entre agosto de 2020 e dezembro de 2022.

A equipe responsável foi composta por cinco enfermeiras, com afinidade com a terapia infusional e que buscaram qualificação através de cursos e habilitação para a punção e manutenção de cateter PICC.

Os dados foram compilados, analisados e serão descritos conforme as etapas desenvolvidas pela equipe para a criação da comissão. Os indicadores estabelecidos foram tabulados em Microsoft Excel® e calculados através de estatística descritiva.

Quanto aos aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IJF, sendo aprovado com nº 5.443.404.

A Comissão de Acesso Vascular e Terapia Infusional foi criada como um grupo de trabalho multiprofissional, nomeado através da Portaria nº 499 de 25 de maio de 2021, habilitado para inserção e manutenção de cateteres intravenosos, seguindo protocolos institucionais.

Como primeira etapa de criação da nova comissão, tem-se o estabelecimento da equipe, elaboração do regimento interno, dos protocolos e POPs (Procedimentos Operacionais Padrão). Além das cinco enfermeiras que iniciaram o trabalho, a CAV contou com o suporte técnico de um médico cirurgião vascular e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Segundo o regimento, aprovado posteriormente pela diretoria de enfermagem da instituição, a Comissão de Acesso Vascular tem como objetivo instituir protocolos relacionados à inserção e manutenção de dispositivos intravenosos no Instituto Dr. José Frota e desenvolver uma assistência pautada na prevenção, monitoramento e melhoria dos indicadores relacionados a infecções de corrente sanguínea e flebites.

Como missão, a CAV busca ser equipe de referência no Instituto Dr. José Frota para avaliação, punção e manutenção de dispositivos para terapia intravenosa, desenvolvendo ações de assistência, ensino e pesquisa,

pautadas em evidências científicas atuais para a redução dos indicadores de infecções de corrente sanguínea e flebites.

Foram também elaborados sete POPs (Punção de Cateter PICC, Troca de curativo de cateter central, Troca de curativo de cateter PICC, Punção de veia jugular externa, Manutenção de cateter PICC, Hipodermóclise e Punção arterial para medida de pressão invasiva), além da revisão e atualização do POP de punção de cateter periférico, a fim de padronizar os procedimentos relacionados à terapia infusional dentro do hospital conforme as evidências mais atuais.

Paralelamente à elaboração de documentos, foram abertos processos licitatórios para a aquisição de novos materiais e insumos a fim de trazer novos dispositivos e tecnologias relacionados à terapia infusional, tais como cateteres PICC, kits de inserção com anguladores de agulha para punção guiada por ultrassom, curativos de cateteres centrais e periféricos, e swabs de álcool isopropílico para desinfecção da pele pré-punção e conectores valvulados para cateteres.

Após o estabelecimento de rotinas, o início das atividades se deu a partir da habilidade pessoal das enfermeiras integrantes para a punção venosa, realizando os acessos periféricos difíceis dos pacientes hospitalizados após o acionamento das equipes das diversas unidades do IJF. Para todos os pacientes atendidos também eram avaliados as condições de rede venosa e a terapia medicamentosa prescrita, para que houvesse indicação do melhor acesso venoso para cada caso. O processo de acionamento inicialmente se deu através de código em telefone, mas posteriormente foi substituído pelo acionamento via rádio, possibilitando melhor comunicação dos setores com a equipe de punção.

A partir de então a CAV foi se qualificando para o uso de tecnologias na terapia infusional, dentre elas a punção de cateteres periféricos guiada por US. A punção guiada trouxe como benefício o acesso a veias mais profundas, não visíveis a olho nu, e a possibilidade de uma punção mais assertiva, proporcionando mais segurança ao procedimento e minimizando as complicações associadas (infiltrações, extravasamentos, hematomas e flebites), a dor e sofrimento do paciente.

Atualmente, tem-se como indicador de qualidade a punção em até duas tentativas, buscando sempre maior assertividade, redução da dor e sofrimento associados ao procedimento, preservação da rede venosa do paciente e otimização de insumos para a punção venosa. Os resultados dos indicadores do ano de 2022 podem ser analisados na tabela abaixo.

	2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%
Nº acionamentos	456	100,0	1109	100,0	1412	100,0
Indicação de CVP	340	74,56	1010	91,07	1329	94,12

Punção de CVP em até duas tentativas	284	83,52	875	86,63	1145	86,15
Punção de CVP assistida por US	81	23,82	509	50,39	1029	77,42

Tabela 01. Demonstrativos de acionamentos CAV via rádio, 2020-2022.

*CVP – Cateter Venoso Periférico.

Destaca-se aqui que das punções realizadas nos anos de atuação da CAV, mais de 80% foram realizadas em até duas tentativas, número crescente no decorrer dos anos, comprovando a qualificação e habilidade dos profissionais que compõem a equipe.

Ressalta-se ainda que, 77,42% das punções foram realizadas assistidas por US, ampliando a cada ano o uso da tecnologia em favor das punções venosas, possibilitando o acesso a veias mais profundas, pouco exploradas pelas equipes das unidades, com o mínimo de tentativas, além de aumentar a assertividade das punções.

Foram também incluídas novas modalidades de terapia infusional no IJF, a partir da implantação da CAV, tais como a punção arterial para aferição de pressão arterial invasiva, a hipodermóclise, a punção subcutânea geralmente é indicada para analgesia de pacientes em cuidados paliativos, e o uso do cateter PICC. Todas as enfermeiras da comissão foram treinadas e habilitadas para a punção desses dispositivos, estando também aptas a realizar treinamentos com os demais profissionais de enfermagem do hospital.

No que diz respeito ao cateter PICC, importante aquisição da CAV no IJF, trata-se de cateter venoso central longo, confeccionado em material flexível (poliuretano ou silicone), inserido através de uma veia periférica e posicionado no sistema venoso central. Como vantagens, o PICC proporciona via venosa de longa permanência para administração de medicamentos, além de constituir acesso venoso com menor risco de infecção se comparado ao acesso central, diminuído ainda a exposição do paciente a múltiplas punções venosas.

Após a solicitação de cateter PICC pelas equipes das unidades através de pareceres, todos os pacientes são avaliados de acordo com previsão de duração da internação, condições de rede venosa e tipos de medicamentos em uso por via parenteral, seguindo os seguintes critérios: Terapia antimicrobiana > 30 dias (paciente adulto) ou >14 dias (paciente pediátrico), Terapia com drogas vasoativas ou incompatíveis com a via periférica, Nutrição parenteral, Dificil acesso à rede venosa e Previsão de internação prolongada.

O processo de instituição do cateter ao hospital se deu gradativamente a partir do mês de fevereiro de 2022 (recebimento do material) em setores com prioridade após estudo realizado pela CAV sobre perfil de pacientes que mais se beneficiariam da utilização do cateter.

As equipes de enfermagem foram treinadas previamente, em seus próprios setores, para a manutenção

do cateter. Inicialmente as punções ocorreram prioritariamente nas UTIs e no CTQ, se expandido para unidades de internação que possuem pacientes de longa hospitalização. Dos pacientes que utilizaram o cateter PICC, têm-se os resultados de punções, manutenção e retiradas a seguir.

	n	%
Nº de punções	173	--
Nº de retiradas	146	100,0
Sinais flogísticos	9	6,16
Obstrução	21	14,38
Perda acidental/Exteriorização	9	6,16
Óbitos	11	7,53
ICS	0	0,00
Trombose	0	0,00
Edema do braço	3	2,05
Solicitação médica	8	5,47
Transferência externa	10	6,84
Alta hospitalar	75	51,36

Tabela 02. Perfil dos cateteres PICC punccionados no IJF, 2022.

A partir dos dados da tabela, destaca-se que a maioria dos pacientes permaneceu com PICC até a alta hospitalar (51,36%), garantindo mais segurança do paciente, melhor custo-benefício, e minimização do sofrimento associados a múltiplas punções.

Quanto ao tempo médio de duração, a permanência do cateter variou entre 4 dias (perda acidental) a 104 dias, com média de 31,06 dias, beneficiando prioritariamente pacientes de longa internação hospitalar.

Destaca-se que não houve nenhuma retirada de cateter por primária de corrente sanguínea relaciona a cateter ou trombose venosa, revelando segurança na utilização do mesmo. Os 14,38% de casos de retirada por obstrução do PICC nos mostraram a necessidade de intensificar treinamentos sobre manutenção e flushing de cateteres.

Após a análise dos resultados e indicadores referentes aos anos iniciais de atividades da CAV, muitos objetivos e metas surgiram para os próximos anos. Dentre elas estão a instituição de plantonista sete dias por semana, o estímulo à analgesia via oral (estimulando a retirada precoce de dispositivos intravenosos, a instituição de novas tecnologias relacionadas à terapia infusional que

busquem melhor custo-benefício e segurança do paciente, e o incentivo às atividades de educação permanente, trabalhando continuamente a instituição de boas práticas infusionais.

CONCLUSÃO

A terapia infusional despertou na equipe da Comissão de Acesso Vascular do IJF a busca contínua de conhecimento e aperfeiçoamento. A experiência adquirida a partir dos primeiros anos de trabalho com a terapia infusional na instituição vem proporcionando maturidade como comissão especializada.

Espera-se que nos anos que virão, a CAV possa crescer e se fortalecer, ampliando o número de punções dos diversos cateteres, atuando também frente às atividades de educação permanente, agregando as novas tecnologias de terapia infusional e trabalhando continuamente a instituição de boas práticas infusionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04 /2022. Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2022.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
3. Dal Forno CB, Correa L, Scatena PD, et al. Bloodstream Infection in the Intensive Care Unit: Preventable Adverse Events and Cost Savings. Value in Health Regional 2012; 1:136-141.
4. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi, TA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the associated mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol 2011; Feb;32(2):101-114.
5. Infusion Nurses Society Brasil (INS Brasil). Diretrizes Práticas para Terapia Infusional. 3ª edição. São Paulo, 2018.
6. Pittiruti M, Scoppettuolo G. Manual GAVeCeLT de PICC e Cateter Midline: Indicações, inserção e manejo. Edra S.p.A., 2017.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONSTRUÇÃO E USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RENATA ROCHA DA COSTA¹; MARIA LÍVIA ALEXANDRE FACÓ BEZERRA²; MARIA JAQUELINA MARTINS JORGE³; CLAYRE ANNE DE ARAÚJO AGUIAR⁴; ADMAN CÂMARA SOARES LIMA⁵.

1 - Enfermeira, Especialista em Preceptoria em Saúde, Assessora clínica da Internação Cirúrgica do Instituto Dr. José Frota.

2 - Enfermeira, Especialista em Educação em Saúde para preceptores do SUS, Assessora clínica da Internação Cirúrgica do Instituto Dr. José Frota

3 - Enfermeira, Especialista em Oncologia Clínica, Assessora clínica da Internação Cirúrgica do Instituto Dr. José Frota

4 - Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenadora do Núcleo de Enfermagem da Internação Cirúrgica do Instituto Dr. José Frota.

5 - Enfermeira, Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde, Assessora clínica da Diretoria de Enfermagem do Instituto Dr. José Frota.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: rntrchcst@gmail.com

RESUMO

O uso de material educativo para abordagem de prevenção de lesão por pressão torna o processo de aprendizagem mais participativo, podendo ser adaptado conforme necessidade do grupo abordado. Este estudo objetivou relatar a experiência da construção e uso de uma tecnologia educativa no treinamento sobre o Protocolo de Lesão por Pressão (LPP). Optou-se pelo desenvolvimento de uma Palavra Cruzada (PC) contendo 9 frases compostas por orientações relacionadas à prevenção e tratamento de LPP. A tecnologia foi aplicada nos setores com enfermeiros e técnicos de enfermagem, seguido de discussão acerca da temática. Os treinamentos foram realizados durante a jornada de trabalho dos profissionais, facilitando a participação ativa. Após a discussão sobre as palavras escolhidas, abriu-se um espaço para perguntas e complementação do tema a fim de um feedback sobre a atividade, que foi avaliada como positiva. Como limitações, identificou-se a dificuldade de manter toda a equipe do plantão reunida, em função de questões relativas à demanda do serviço. Foi percebido uma maior sensibilização nas práticas de prevenção para o desenvolvimento de LPP, bem como a identificação precoce de pacientes com risco. As estratégias de educação em serviço, quando dinâmicas e integradoras, contribuem para a prática interdisciplinar, potencializando a aquisição de novos conhecimentos.

Palavras-chave: Enfermagem; Lesão Por Pressão; Tecnologia Em Saúde; Educação Em Saúde; Promoção Em Saúde.

ABSTRACT

The use of educational material to approach pressure injury prevention takes the process of more participatory learning, which can be adapted according to the needs of the group addressed. This study aims to report the experience of building and using an educational technology in training on the pressure injury protocol (PI). We opted for the development of a crossword containing 9 sentences composed of guidelines related to the prevention and treatment of PI. The technology was applied in sectors with nurses and nursing technicians, followed by a discussion on the theme. The trainings were carried out during the professionals' working hours, facilitating active participation. After the discussion about the chosen words, a space was opened for questions and complementation of the theme in order to provide feedback on the activity, which was evaluated as positive. As limitations, we identified the difficulty of keeping the entire team on duty together, in function of issues related to the demand for the service. We noticed a greater awareness in the prevention practices for the development of PI, as well as the early identification of risk patients. In-service education strategies, when dynamic and inclusive, contribute to interdisciplinary practice, enhancing the acquisition of new knowledge.

Keywords: Nursing; Pressure Injury; Health Technology; Health Education; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Entre as metas internacionais para a segurança do paciente encontra-se a prevenção de Lesões por Pressão (LPP) em serviços de saúde, sendo de responsabilidade da equipe multiprofissional. Implementar ações seguras nas instituições de saúde depende de uma forte liderança e do trabalho em equipe, integrados às condições clínicas, educacionais e gerenciais ⁽¹⁾. Devido à exposição a fatores intrínsecos e à mobilidade diminuída, pacientes vítimas de trauma são mais susceptíveis ao surgimento de LPP. A presença de fratura em membro inferior e uso de dispositivos de fixação aumenta a chance do indivíduo ter LPP em 3,87 e 1,47 vezes, respectivamente (Intervalo de confiança 95%, $p < 0,001$) ⁽²⁾.

As taxas de incidência e prevalência de LPP são indicadores de qualidade da assistência. No Brasil, é o segundo evento adverso mais notificado segundo informações inseridas no Sistema Nacional de Notificação de Eventos Adversos em Saúde (NOTIVISA) em relatório correspondente a outubro de 2021 a setembro de ⁽³⁾. Isso acarreta elevados custos associados aos cuidados como uso de coberturas e antibióticos no tratamento das feridas e consequente aumento do tempo de internação bem como a complexidade do cuidado prestado à esses indivíduos ^(4,5).

Com o emprego de medidas efetivas é possível evitar esse evento adverso. Diante disso, faz-se necessário que estratégias sejam estabelecidas no intuito de melhorar a assistência ao paciente com risco de desenvolver LPP e no tratamento adequado, assim como estratégias preventivas realizadas com segurança e embasamento em conhecimento científico ⁽⁶⁾.

As capacitações em serviço de saúde devem ocorrer de forma contínua, precisando ser eficientes e inovadoras a fim de envolver a equipe, conforme os estilos de aprendizagem, gerando oportunidades de desenvolvimento profissional relacionadas à integração e competência ⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, as tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, que dinamizam as atividades de educação em saúde ⁽⁸⁾. Desta forma o uso da tecnologia educacional pode ser visto como recurso facilitador e inovador para o ensino e prática de enfermagem.

Face ao exposto percebe-se a necessidade de realizar ações que direcionam a equipe à tomadas de decisão que visem reduzir danos desnecessários, utilizando tecnologia educativa simples e que proporcione a reflexão das vivências experienciadas pelo cuidado de enfermagem a pacientes vítimas de trauma. Estes, além do risco de desenvolver LPP devido à dificuldade na mudança de posição e demais fatores relacionados, apresentam-se por vezes, com LPP decorrente do uso de dispositivos médicos, no caso, pelo uso de órteses e tração transesquelética.

Acredita-se que o processo de aprendizagem desenvolvido e direcionado a esse cenário permite ampliar o conhecimento sobre a temática assim

como sobre os problemas existentes, proporcionando resultados melhores e evitando que outros pacientes sofram intercorrências semelhantes. O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da construção e uso de uma tecnologia educativa no treinamento sobre prevenção de LPP.

RELATO DE CASO

Pesquisa descritiva, tipo relato de experiência acerca da construção e aplicação de uma tecnologia educativa sobre prevenção de lesão por pressão como ferramenta de apoio na realização de intervenções educativas com profissionais de enfermagem lotados em unidades de internação cirúrgica em traumatologia de um hospital terciário de Fortaleza-CE. A tecnologia foi desenvolvida e aplicada, mediante treinamento em serviço, durante os meses de outubro e novembro de 2021, respectivamente, por enfermeiras assessoras clínicas de enfermagem.

O processo de construção da tecnologia educativa compreendeu as seguintes etapas: estudo do Protocolo de Prevenção de LPP institucional, escolha do tipo de tecnologia, seleção das temáticas, elaboração das frases e do recurso gráfico.

No intuito de despertar o interesse e envolver a equipe com uma abordagem dinâmica e objetiva optou-se pelo desenvolvimento de uma Palavra Cruzada (PC) contendo 9 frases compostas por orientações relacionadas à prevenção e tratamento de LPP. Cada frase continha um espaço em branco que deveria ser preenchido.

Em seguida, as frases e palavras destacadas foram adicionadas à uma ferramenta online disponível gratuitamente, Crosswordgenerator, disponível na plataforma Educolorir sob acesso no link <https://www.educolorir.com/crosswordgenerator.php>. Este gerador de palavras é utilizado por docentes em diversas áreas, incluindo a Saúde, na criação de tarefas para colorir, ilustrações e fotos com temas personalizados e que despertam interesse nos educandos por serem criativos e dinâmicos ⁽⁹⁾.

O autor informa os comandos e as respostas e, automaticamente, é gerado a palavra cruzada. Esta ferramenta resultou na arte gráfica e confecção final da tecnologia e, após a construção da palavra cruzada, esta foi revisada pelas autoras a fim de validar a aplicabilidade.

Posteriormente, a tecnologia educativa foi aplicada nos setores com enfermeiros e técnicos de enfermagem, seguido da discussão acerca da temática. A equipe foi abordada durante um momento denominado “Round”, que acontece em horário acordado com todos os envolvidos ao longo do plantão de 12 horas, com duração de, no máximo, uma hora. A intervenção educativa foi compreendida por 3 etapas, a saber: 1) Aplicação da ferramenta educativa “Palavras cruzadas sobre prevenção de LPP”; 2) Discussão do “Protocolo Institucional sobre Prevenção de LPP” e 3) Momento problematizador sobre a temática.

A construção da PC foi uma ferramenta de fácil elaboração, considerando os recursos utilizados e de baixo custo, possibilitando o estudo da temática escolhida e que correspondeu ao objetivo traçado de nortear a discussão de um Protocolo Institucional, no caso, o Protocolo de Prevenção de LPP.

Quanto à utilização da Tecnologia educativa, os resultados serão apresentados conforme as etapas citadas anteriormente. Antes da aplicação da ferramenta educativa, foi explicado aos enfermeiros e técnicos de enfermagem o objetivo da abordagem que se tratava de discutir a Temática de Prevenção de LPP e, com o intuito de facilitar o processo de aprendizagem e a participação dos presentes, foi disponibilizada a PC. As 9 frases compostas por orientações relacionadas à prevenção e tratamento de LPP, continham lacunas nas quais os profissionais precisavam identificar as palavras que completavam a atividade.

Destinou-se um tempo de 15-20 minutos para a resolução individual da atividade, com o combinado de estender-se por aproximadamente mais 5 minutos para interação entre os participantes na perspectiva de desenvolver a colaboração entre os pares na resolução. Após o tempo pactuado, os profissionais foram convidados a compartilhar suas respostas no preenchimento das palavras cruzadas. A correção dos termos empregados era feita a partir da leitura em voz alta das sentenças sendo esta interrompida na presença das lacunas que, respectivamente, foram completadas pelos participantes gerando um momento de descontração na equipe, o que permitiu a discussão dos temas associados à prática no espaço laboral.

Logo após, foi discutido o Protocolo Institucional Sobre Prevenção de LPP mediante apresentação audiovisual com os pontos-chaves, correlacionando com a vivência dos participantes. Na ocasião foram apresentados os aspectos conceituais, as características das lesões presentes em cada estágio com vistas à correta classificação, as medidas preventivas, as orientações aos pacientes e cuidadores e a notificação deste evento adverso.

Na última etapa da abordagem educativa, houve um momento problematizador, norteador por três questionamentos com a finalidade de estimular os profissionais a refletirem sobre sua prática e utilização dos recursos necessários versus disponíveis no cuidado. As questões reflexivas utilizadas foram: Como fazemos a avaliação de risco LPP no nosso cotidiano? Quais os cuidados que realizamos ao paciente traumatológico para evitar LPP? Quais os fatores contribuintes ou atenuantes para a ocorrência desse evento adverso? Na ocasião foram encorajados a discutir as medidas preventivas adotadas na presença de órteses (tala gessada), fixador externo e tração transesquelética, além das situações de múltiplas fraturas por tratar-se do cotidiano vivenciado e relatado nas unidades de traumatologia.

Ao término da discussão os participantes foram encorajados a dar feedback relacionado a atividade. Os profissionais destacaram como pontos positivos a facilidade

em responder à PC, caracterizada como uma atividade lúdica que proporcionou o raciocínio à resposta mais adequada, favoreceu a interação entre os colegas permitindo a identificação daqueles que possuíam mais conhecimento sobre a temática e incentivou ao esclarecimento de dúvidas e à solicitação de novos momentos para discutir as melhores práticas no cuidado aos pacientes.

No caso das limitações, os participantes apontaram as dificuldades em manter toda a equipe do plantão reunida no momento da atividade educativa, em função de questões relativas à demanda do serviço e as interrupções inevitáveis para dar assistência a pacientes e cuidadores que requerem da equipe de enfermagem assistência imediata.

A experiência com a atividade educativa permitiu abordar o conteúdo de forma acessível a todos os profissionais, identificar as potencialidades dos participantes, assim como suas principais dificuldades e compartilhar os aprendizados, caracterizando os cuidados relacionados à prevenção e tratamento da LPP. A aplicação de ferramenta lúdica para abordagem dessa temática nos proporcionou uma experiência positiva a ser reproduzida para treinamento das equipes com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.

DISCUSSÃO

Como motivação para a escolha da PC como instrumento facilitador foi a capacidade de permitir a participação ativa de todos, pela familiaridade com o tipo de atividade, facilidade de compreensão da tarefa independentemente da idade e da atitude proativa dos profissionais. A técnica utilizada proporcionou uma experiência baseada no conhecimento prévio e do compartilhamento de saberes dos participantes.

Com ênfase na Educação Permanente em Saúde, foi instituído no Brasil o Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde. Esse equipamento teve como objetivo reorientar a formação dos profissionais de saúde do país ao produzir evidências de práticas e experiências inovadoras de educação na saúde a fim de transformar o conhecimento e promover a troca de informações. Isto contribui efetivamente para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde ⁽¹⁰⁾.

Diferentes tecnologias educativas em saúde voltadas para a capacitação da equipe de enfermagem em prevenção de LPP foram construídas e validadas, como cartilha ⁽¹¹⁾ e álbum seriado ⁽¹²⁾. Todos apresentando-se como instrumentos adequados para atividades de educação em saúde. O uso de cruzadilha, portanto, é uma estratégia inovadora e que direciona a abordagem aos profissionais a partir de conceitos básicos.

O manejo da prevenção da LPP faz parte do cotidiano da equipe de enfermagem que permanece por maior tempo em contato com os pacientes nas instituições de saúde, sendo essencial que essa categoria profissional tenha conhecimento adequado para decisões assertivas na

prevenção deste evento adverso ⁽¹³⁾.

O aprimoramento e o incentivo ao conhecimento relacionado à prevenção e tratamento das LPP deve ser habitual nas instituições de saúde, utilizando-se de programas de treinamento e capacitação em serviço, sendo as metodologias ativas, capazes de proporcionar um processo educativo crítico-reflexivo e útil nesse contexto ⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se a importância de alinhamento das informações como norteador dos cuidados a serem implementados e da otimização de recursos humanos e materiais, além da necessidade de incentivar uma cultura de notificação que tenha como finalidade a vigilância e monitoramento de incidentes incentivando os profissionais a pensar em melhoria da qualidade e segurança do paciente ⁽¹⁾.

Conhecer fatores de risco para LPP são fundamentais para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão e uso de estratégias de prevenção, especialmente quando há presença de ocorrências limitantes como fratura em membros inferiores, lesão medular e uso de dispositivos de fixação, pois aumentarão o tempo de imobilização ⁽²⁾. Vale ressaltar que o perfil dos pacientes da instituição onde foi relatada a experiência é de vítimas de trauma e, muitas vezes, politraumatizados.

A principal dificuldade encontrada no estudo ocorreu na fase de aplicação da ferramenta educativa e consistiu em manter a participação da equipe pois ao tratar-se de um treinamento em serviço, as demandas dos pacientes e cuidadores não poderiam ser descontinuadas. Aspectos semelhantes caracterizam desafios para o gerenciamento de enfermagem, como a capacitação profissional, sendo eles: lacunas na formação, a satisfação e sobrecarga de trabalho, além da desvalorização profissional ⁽¹⁵⁾.

Para a implementação de práticas seguras é necessário o suporte institucional e fornecimento de recursos materiais e humanos para a proposição e implementação do protocolo de prevenção ⁽¹⁶⁾. Frente ao exposto, faz-se necessário a atuação conjunta entre profissionais e gestores em busca de atitudes positivas e concretas e conscientização dos profissionais envolvidos na prática para acompanhamento da lesão por pressão como indicador de qualidade. O engajamento de todos os atores é fundamental para o alcance de resultados positivos e para prevenção de eventos adversos visando a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

As estratégias de educação em serviço, quando dinâmicas e integradoras, contribuem para a prática interdisciplinar, potencializando a aquisição de novos conhecimentos. A utilização de estratégias educativas lúdicas como a usada neste estudo, baseadas em metodologias ativas, contribuem para o aprendizado, discussão e reflexões relacionadas à prevenção e tratamento de LPP. A palavra cruzada foi uma ferramenta relevante

para estimular a participação dos profissionais e, por ser de fácil aplicabilidade, permitiu a interação, a memorização dos cuidados necessários acerca do tema abordado e a padronização das orientações.

Foi observada a curiosidade dos profissionais em responder a atividade e desejo de ampliar seus conhecimentos e de discorrer sobre as dificuldades cotidianas relacionadas ao tema proposto, sendo enfatizadas as práticas de prevenção para o desenvolvimento de LPP, bem como a identificação precoce de pacientes em risco.

Ressalta-se que a capacitação contínua da equipe de enfermagem deve ser premissa institucional e que tenha como resultado um melhor cuidado ao paciente refletindo-se em seus profissionais, instituição e sociedade. Com as ações que podem contribuir para acompanhar os índices de LPP destacam-se: a elaboração de programas que incentivem as boas práticas bem como acompanhamento das mesmas por meio de indicadores assistenciais, a realização de campanha sobre cultura de segurança e feedback de empenho da equipe.

Sugere-se a construção de novas ferramentas para capacitação dos profissionais a despeito de outras temáticas pela riqueza de conteúdo ofertado, esclarecimento de dúvidas e aplicação rápida e compreensível, promovendo o envolvimento de todos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. Brasília, 2017.
2. Liu Y, Wu X, Ma Y, et al. The prevalence, incidence, and associated factors of pressure injuries among immobile inpatients: A multicentre, cross-sectional, exploratory descriptive study in China. *Int Wound J*. 2019;16:459–466. <https://doi.org/10.1111/iwj.13054>
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Incidentes relacionados à assistência à saúde Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, outubro de 2021 a setembro de 2022.
4. Andrade CCD, Almeida CFSC, Pereira WE, Alemão MM, Brandão CMR, Borges EL. Costs of topical treatment of pressure ulcer patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):292-298.
5. Hu J. Incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in children and adults. *Evid Based Nurs*. 2020; Apr;23(2):62.
6. Castanheira L, Araújo MT, Guimarães MCSS, Silva YOW. Cost analysis of pressure injury prevention and treatment: systematic review. *Revista de Enfermagem Atual in Derme*. 2019; 89 (27):1-12.
7. Mangold K, Kunze KL, Quinonez MM, Taylor LM, Tenison AJ. Learning Style Preferences of Practicing Nurses. *J Nurses Prof Dev*. 2018; Jul/Aug;34(4):212-218.

8. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. (2014). Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014; 15(1):158-65.
9. Belmonte BR, Santos GMRF, Silva ME. Physiology remote teaching: a teaching experience during the Covid-19 pandemic. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(8):81898-81916.
10. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. Brasília, 2018.
11. Portugal LBA, Christovam BP, Almeida BLOS. Construção e validação de cartilha educativa para enfermeiros sobre lesões por pressão. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021; 10(3):e3810312926.
12. Fontenele NAO, Ximenes MAM, Brandão MGSA, Fernandes CS, Galindo Neto NM, Carvalho REFL, et al. Creation and validation of a serial album for the prevention of Pressure Ulcer: a methodological study. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20201060.
13. Sokem JAS, Watanabe EAMT, Ferreira AM, Siqueira LDC, Coelho MMF, Bergamaschi FPR. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a lesão por pressão. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*. 2021; 19: e2521.
14. Assoni MAS, Oliveira EMM, Cardoso DM, Lourenço AOOS, Alvarenga, CS. Metodologias ativas de aprendizagem na capacitação de enfermeiros para a prevenção de lesão por pressão. *Nursing*. 2022; 25(288): 7853-64.
15. Ferreira VHS, Teixeira VM, Giacomini MA, Alves LR, Gleriano JS, Chaves LDP. Contributions and challenges of hospital nursing management: scientific evidence. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40:e20180291.
16. Brasil. Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2017.

INADEQUAÇÃO DE ANTIOXIDANTES E SUA RELAÇÃO COM DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES CRÍTICOS

TAÍS XIMENES **SOBREIRA**^{1*}; BENEDITA JALES **SOUZA**²; SÂMIA LOPES **DA COSTA**²; AYANA FLORÊNCIO **DE MENEZES**².

1 - Nutricionista residente da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza-Ceará.

2 - Nutricionista do Instituto Dr. José Frota. Fortaleza-Ceará.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: taixximenes1@gmail.com

RESUMO

No doente crítico, os estoques de antioxidantes estão reduzidos com simultâneo aumento na produção de radicais livres. Dessa forma, por meio da terapia nutricional, é possível administrar, nutrientes antioxidantes (vitaminas A, C e E, selênio e zinco) essenciais para atenuar ou prevenir os efeitos nocivos dos radicais livres, produzidos durante o estresse oxidativo. Objetivo: Investigar o percentual de adequação da ingestão de antioxidantes e sua relação com desfechos clínicos. Métodos: Estudo de coorte prospectivo, analítico, quantitativo, desenvolvido em Fortaleza-Ceará com pacientes críticos, idade ≥ 18 anos, internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de julho a dezembro de 2022, em terapia nutricional enteral exclusiva. Os antioxidantes foram avaliados através do volume de dieta prescrita e infundida. Para análise estatística, foram utilizados os testes t-student, qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Resultados: Participaram 70 pacientes com idade média de $45,3 \pm 17,8$ anos e a maioria (82,0%) homens. Os pacientes estavam com prescrição de antioxidantes adequados (94%), porém 40% dos pacientes tiveram a quantidade de vitamina A infundida foi insuficiente. Os pacientes que foram a óbito tiveram volume de dieta prescrita ($p=0,004$) e infundida ($p=0,018$), significativamente menor, comparado aos que receberam alta da UTI e, consequentemente, de antioxidantes. Conclusão: A prescrição de antioxidantes estava adequada e a vitamina A foi o único antioxidante infundido abaixo do recomendado. Os pacientes que foram a óbito tiveram antioxidantes prescritos e infundidos, significativamente menor, em relação aos que receberam alta da UTI.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Nutrição Enteral; Antioxidantes.

ABSTRACT

In the critically ill, antioxidant stocks are reduced with a simultaneous increase in the production of free radicals. Thus, through nutritional therapy, it is possible to administer antioxidant nutrients (vitamins A, C and E, selenium and zinc) essential to attenuate or prevent the harmful effects of free radicals, produced during oxidative stress. Objective: To investigate the percentage of adequacy of antioxidant intake and its relationship with clinical outcomes. Methods: Prospective, analytical, quantitative cohort study, developed in Fortaleza-Ceará with critical patients, aged ≥ 18 years, admitted to Intensive Care Units (ICU), from July to December 2022, in exclusive enteral nutritional therapy. Antioxidants were evaluated through the prescribed and infused diet volume. For statistical analysis, Student's t-test, Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were used. Results: 70 patients with a mean age of 45.3 ± 17.8 years and the majority (82.0%) were men. The patients were prescribed adequate antioxidants (94%), but 40% of patients had an insufficient amount of vitamin A infused. Patients who died had a significantly lower volume of prescribed ($p=0.004$) and infused ($p=0.018$) diet compared to those discharged from the ICU and, consequently, of antioxidants. Conclusion: The prescription of antioxidants was adequate and vitamin A was the only antioxidant infused below the recommended level. Patients who died had significantly less prescribed and infused antioxidants than those who were discharged from the ICU.

Keywords: Intensive Care Units; Enteral Nutrition; Antioxidants.

INTRODUÇÃO

Paciente crítico pode ser definido como aquele que se encontra em estado grave de condição clínica, sujeito à instabilidade de suas funções vitais decorrente de circunstâncias que requeiram cuidados intensivos imediatos, sendo necessária monitorização ininterrupta. Geralmente, encontra-se em condição de estresse oxidativo, com aumento na produção de hormônios catabólicos, capazes de influenciar no estado nutricional ⁽¹⁾. A terapia nutricional enteral (TNE) torna-se a via mais aconselhável para pacientes gravemente enfermos, impossibilitados de se alimentar por via oral ou que não apresentam bom funcionamento intestinal. Logo, alguns dos objetivos da TNE no paciente crítico, são melhorar a resposta imunológica, evitar ou reverter a desnutrição, fortalecer a resposta ao tratamento clínico e promover qualidade de vida ao paciente internado, reduzindo sua permanência no hospital ⁽²⁾.

A TNE também está relacionada na melhoria da capacidade antioxidante. No doente crítico, os estoques de antioxidantes estão reduzidos com simultâneo aumento na produção de radicais livres. Dessa forma, por meio da terapia nutricional, é possível administrar, nutrientes antioxidantes essenciais para atenuar ou prevenir os efeitos nocivos dos radicais livres, produzidos durante o estresse oxidativo ⁽³⁾.

A utilização de nutrientes antioxidantes, provenientes das vitaminas A, C, E e pelos minerais selênio (Se) e zinco (Zn), atenua os efeitos nocivos dos radicais livres, através de mecanismos que impedem sua formação ou na remoção daqueles já formados, no reparo direto das lesões oxidativas, na proteção de membranas celulares, bases de DNA, ácidos graxos e proteínas, além dos minerais participarem como cofatores enzimáticos do sistema endógeno ⁽⁴⁾.

Tendo em vista que o estresse oxidativo influencia na resposta inflamatória sistêmica, com subsequente injúria celular, falha orgânica e até aumento da mortalidade no paciente crítico, a terapia nutricional com antioxidantes, torna-se uma estratégia promissora para neutralizar ou minimizar os radicais livres que influenciam no estado oxidativo desses pacientes ⁽⁵⁾. Portanto, o objetivo deste trabalho é investigar o percentual de adequação da ingestão de antioxidantes e sua relação com desfechos clínicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, analítico, observacional com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital terciário, referência em trauma de alta complexidade, localizado na cidade de Fortaleza – Ceará.

Foi realizado com pacientes críticos de idade igual ou superior a 18 anos, de todos os sexos, internados nas unidades de terapia intensiva, durante o período de julho a dezembro de 2022 e em uso de terapia nutricional enteral exclusiva. Não participaram do estudo, pacientes

gestantes, admitidos por intoxicação exógena, portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), infectados pelo coronavírus (COVID-19) e/ou queimados.

Foram coletados dos prontuários, os seguintes dados: idade, sexo, motivo da internação hospitalar, tempo de permanência na unidade de terapia intensiva e o desfecho (alta da UTI ou óbito).

Além disso, diariamente, os pacientes foram acompanhados quanto ao tipo e volume de dieta enteral prescrita pela equipe de nutrição do hospital, volume recebido pelo paciente e os motivos que impediram a infusão da dieta. Foi considerada aceitável quando a infusão da dieta foi superior a 70%. (6) Para evitar viés de pesquisa, padronizou-se começar o acompanhamento das dietas dos pacientes após 72h do início terapia nutricional enteral.

Logo, os micronutrientes antioxidantes (vitaminas A, C, E, selênio e zinco) foram analisados através de planilha do Microsoft Excel 2013, construída com base nos rótulos das dietas. Após os volumes prescritos e infundidos serem identificados, comparou-se as recomendações nutricionais de acordo com o consumo dietético de referência Dietary Reference Intakes (DRI), classificando como inadequado quando os antioxidantes encontrados foram inferiores a RDA ou AI e superior a UL. (7)

As variáveis foram expressas por frequência (absoluta e relativa) e medidas de tendência central (média ($\pm$) desvio padrão). Quanto a análise estatística, foram utilizados os testes t-student, qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher com o auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0, sendo considerado o nível de significância quanto $p < 0,05$.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do hospital Instituto Dr. José Frota – IJF, sob número de parecer: 3.745.882, com base na resolução nº 466 de dezembro de 2012, onde todos os princípios morais e éticos foram garantidos, respeitando a integridade dos pacientes e garantindo o sigilo das informações.

RESULTADOS

Foram acompanhados 70 pacientes críticos, onde 82,0% eram homens, entre 19 a 85 anos com média de idade de $45,3 \pm 17,8$ anos.

O tempo médio de internação na UTI foi de $25,2 \pm 13,8$ dias e os motivos da internação hospitalar foram: traumatismo crânioencefálico (55,7%), fratura de face (14,3%), fratura de membros (5,7%), trauma abdominal (7,1%), trauma torácico (5,7%), trauma raquimedular (4,4%), politrauma (4,4%), trauma cervical (1,4%), e obstrução de vias aéreas por corpo estranho (1,4%).

As dietas enterais utilizadas foram escolhidas de acordo o perfil clínico dos pacientes, dispondo-se de dietas oligoméricas, especializadas e principalmente poliméricas. Observou-se que o volume médio de dieta infundida foi

inferior ao volume prescrito, $950,3 \pm 187,4$ mL e $1147,6 \pm 173,8$ mL, respectivamente, correspondendo a 82,8% do planejado.

A maioria dos pacientes (91,4%) sofreu interrupção da terapia nutricional em algum momento da pesquisa. Diante disso, vários motivos culminaram na baixa infusão da dieta e interferiram no alcance ideal da dieta prescrita, sendo que boa parte desses motivos desconhecidos, pois não haviam registro nos prontuários (53,3%), preparo para exames, cirurgias e procedimentos, como traqueostomia e/ou extubação (25,4%), alterações gastrointestinais, tais como diarreia, vômito, resíduo gástrico e/ou distensão abdominal (12,9%) e outros fatores, como ausência de sonda enteral ou instabilidade hemodinâmica (8,4%).

Quanto ao desfecho, 12,9% dos pacientes foram a óbito durante o estudo. Logo, a Tabela I revelou que os pacientes que foram a óbito tiveram volume de dieta prescrita ($p=0,004$) e infundida ($p=0,018$), significativamente menor, quando comparado aos que receberam alta da UTI e, consequentemente, de antioxidantes.

Todos os pacientes estavam com prescrição de antioxidantes adequados (Tabela 02), porém apenas a vitamina A teve a infusão insuficiente. No entanto, ao analisar melhor os grupos alta e óbito (Tabela 03), foi possível verificar que houve inadequação do volume infundido de todas as vitaminas antioxidantes. Vale destacar que nesses grupos a vitamina A, em 20,0% dos pacientes, foi a única vitamina que teve inadequação na prescrição, isto é, abaixo do recomendado pela DRI ($p=0,071$).

De modo geral, os micronutrientes antioxidantes (selênio e zinco) estavam adequados tanto quanto a prescrição (94,3% e 95,7%), como a infusão da dieta (82,6% e 85,7%), respectivamente. Além disso, vislumbrou-se que todos os antioxidantes prescritos e infundidos não ultrapassaram o limite máximo recomendado (UL).

Conforme o desfecho (Tabela 04), pôde ser observado que os maiores percentuais de zinco infundidos, adequadamente, foram encontrados nos pacientes que receberam alta da UTI ($p>0,05$). Sugerindo que os pacientes que tiveram menor quantidade de zinco infundido foram os que apresentaram maior mortalidade ($p=0,02$).

DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa, no que diz respeito a maior parte da amostra ser do sexo masculino, podem ser explicados devido ao fato que homens adultos estariam mais envolvidos em casos de acidentes de trânsito, violência urbana e exposições a circunstâncias prejudiciais à integridade física ⁽⁸⁾.

Além disso, evidenciou-se nestes pacientes o predomínio do trauma cranioencefálico seguido do trauma de face, podendo ter como possível causa a ausência de proteção física desses indivíduos, como a negligência do uso de capacete por motociclista ⁽⁸⁾.

Nos resultados das pesquisas encontrados por Koupak et al ⁽⁹⁾, em seu estudo sobre o perfil de pacientes críticos internados por trauma, revelou-se similaridade em

relação ao predomínio do sexo masculino em comparação ao feminino, afetando mais jovens de 18 a 39 anos, idade mínima semelhante ao presente estudo e tendo como principais causas das internações os traumas de cabeça e pescoço, face e tórax.

Em razão disso, a Terapia Nutricional (TN) torna-se fundamental no processo de recuperação desses pacientes, por influenciar na resposta ao tratamento clínico, na correção de distúrbios metabólicos e na diminuição do tempo de permanência na unidade de terapia intensiva, com a finalidade de atingir as necessidades nutricionais específicas de cada paciente ⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, o presente estudo também analisou os fatores que impediram a administração completa da dieta, a maioria apresentava ausência de motivos nos prontuários (53,3%), seguido de procedimentos (25,4%), intercorrências gastrointestinais (12,9%) e outros fatores como, instabilidade clínica e ausência de sonda enteral (8,4%). Walczewski et al ⁽¹¹⁾, encontrou dados diferentes em suas pesquisas, onde analisou os fatores que impediram a adequada oferta nutricional para pacientes críticos. Dentre os fatores justificáveis, 63% dos pacientes tiveram pausa para procedimentos, 38% por intolerâncias gastrointestinais e 20% por outros fatores como, hemodiálise, instabilidade e obstrução da sonda.

De acordo com Mendoça e Guedes ⁽¹²⁾, mesmo tendo em vista a importância em atingir a meta prescrita da nutrição enteral, pacientes de UTI constantemente recebem volumes aquém das suas necessidades, devido a fatores, como: atrasos para infusão da dieta, intercorrências gastrointestinais, rotinas da enfermagem e preparo para procedimentos, obstrução de sondas enterais, de forma a influenciar no estado clínico e prognóstico dos pacientes.

Levando em consideração a relevância em notificar os motivos de interrupção da TNE, ao permitir comunicação entre profissionais da saúde, integridade e continuidade da terapêutica nutricional, e esclarecimentos a respeito do curso do tratamento do paciente, ressalta-se os números expressivos a respeito da ausência de registros nos prontuários para infusão completa da dieta do presente estudo. Por meio do registro correto, é possível identificar a presença de interrupções desnecessárias, como, jejum prolongado para procedimentos e exames, intolerâncias gastrointestinais e problemas relacionados a sonda enteral, de tal maneira que seria possível evitá-las e assim alcançar melhores metas nutricionais ⁽¹³⁾.

Apesar do volume infundido, encontrado neste estudo, ter sido 82,8% do prescrito, mesmo assim manteve-se dentro do planejado, por ser superior a 70,0%, como proposto por ILSI6. Estes achados se assemelham ao de Medeiros et al ⁽¹⁴⁾, onde avaliaram a adequação nutricional de 72 pacientes críticos e encontram a prevalência de 89,1% de adequação da nutrição enteral prescrita em relação ao infundido.

Neste estudo, diante da análise geral da prescrição das dietas enterais de acordo com a DRI ⁽⁷⁾, foi encontrada adequação satisfatória, onde a maioria das prescrições e infusões de antioxidantes estavam adequadas, porém 40,0% ($n=28$) tiveram a infusão de vitamina A insuficiente, mas nenhum ultrapassou a ingestão máxima recomendada. Diferentemente, um estudo realizado, em

Goiás, com pacientes hospitalizados em estado crítico⁽¹⁵⁾, observou-se em alguns casos a vitamina A e o mineral zinco, apresentando-se acima do limite máximo, enquanto a vitamina C, E e selênio apresentavam-se dentro da normalidade.

Lentscketal⁽¹⁶⁾, ressalta a necessidade de abordagens específicas para evitar disfunções orgânicas em doentes críticos crônicos, como prover precocemente a terapia nutricional, de forma a administrar, simultaneamente, nutrientes antioxidantes, capazes de intervir na resposta inflamatória e estresse oxidativo, consequentemente, repercutindo em melhor desfecho clínico.

Nesta pesquisa, pôde ser identificado maior prevalência da inadequação de antioxidantes dentre os pacientes que foram a óbito, quando comparados aos que evoluíram de alta para enfermagem, ressaltando-se que os pacientes que foram a óbito tiveram volume de dieta inferior tanto na prescrição ($p=0,004$) quanto na infusão ($p=0,018$).

De acordo com Zanza⁽⁴⁾, torna-se interessante a adequação de nutrientes antioxidantes no doente crítico, tendo em vista que a presença do desequilíbrio oxidativo nesses pacientes, desencadeia resposta inflamatória com aumento de citocinas pró-inflamatórias circulantes. Enquanto os nutrientes antioxidantes, podem ajudar a prevenir danos oxidativos repercutindo em melhor desfecho clínico com impacto positivo na morbidade e mortalidade dos pacientes.

Nas pesquisas realizadas por Collier et al, a respeito da utilização de um protocolo para administração altas doses de nutrientes antioxidantes por via intravenosa e via sonda orogástrica em bolos por 7 dias em pacientes críticos internados por trauma em unidades de terapia intensiva, encontrou-se uma redução do risco relativo de mortalidade de 28,0% e redução no tempo médio de internação hospitalar e na UTI, sugerindo que os antioxidantes são capazes de influenciar na redução de complicações infecciosas e disfunções orgânicas⁽¹⁷⁾.

Além disso, o estudo de Dresen et al, sobre o estresse oxidativo e o papel dos micronutrientes antioxidantes na doença crítica, reforça a importância dos antioxidantes na resposta ao estresse metabólico, de forma que a deficiência dos antioxidantes podem influenciar em resultados deletérios em pacientes críticos, mas que ainda é necessário estudos para avaliar a significância clínica de dosagens de antioxidantes em diferentes tipos de doenças críticas e que vários fatores precisam ser considerados para uma estratégia de suplementação⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

No geral, a quantidade de dieta e antioxidantes ofertados aos pacientes críticos, foram inferiores ao prescrito, porém mantiveram-se adequados conforme a recomendação prevista na literatura, exceto a vitamina A que foi infundida abaixo do recomendado em 40% dos pacientes.

Quanto ao desfecho, os pacientes que foram a óbito tiveram volume de dieta prescrita e infundida, significativamente menor, comparado aos que receberam alta da UTI. Do mesmo modo, o estudo sugere que os

pacientes que tiveram menor infusão de zinco tiveram mais óbitos.

Diante da ausência de recomendações de antioxidantes específicas para esses pacientes. Logo, são necessárias novas diretrizes de ingestão dietética que abordem dessa temática.

REFERÊNCIAS

1. Santos HVD, Araújo IS. Impact of protein intake and nutritional status on the clinical outcome of critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2019;31(2).
2. Martins TF, Campelo WF, Vasconcelos MCSC, Henriques EMV. Avaliação da terapia nutricional enteral em pacientes críticos de uma unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira em promoção da saúde*. 2017 Jun 6; 255-63.
3. Elsayed Azab A, Adwas A, Ibrahim Elsayed AS, Quwaydir FA. Oxidative stress and antioxidant mechanisms in human body. *Journal of Applied Biotechnology & Bioengineering*. 2019 Feb 21;6(1):43-7.
4. Zanza C, Thangathurai J, Audo A, Muir HA, Candelli M, Pignataro G, et al. Oxidative stress in critical care and vitamins supplement therapy: "a beneficial care enhancing." *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* [Internet]. 2019 Sep 1; 23(17):7703-12.
5. Prevedello MT, Comachio G. Antioxidants and their relationship with free radicals, and Chronic Non communicable Diseases: a literature review. *Brazilian Journal of Development*. 2021 Jun 7;7(6):55244-85.
6. Waitzberg DL. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. In: indicadores de qualidade em terapia nutricional. 2008
7. Barr SI. Applications of Dietary Reference Intakes in dietary assessment and planning. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2006 Feb 1;31(1):66-73.
8. Lopes GCD. Do trânsito, da violência e da lei: reflexões sobre o comportamento humano. *CPAH Science Journal of Health*. 2022 Jul 16;3(1).
9. Koupak F, Lentsck MH, Souza PB de Trincaus MR, Moura DR de O. Internações hospitalares por trauma em uma unidade de terapia do Paraná. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2021 Dec 15;11(36):564-74.
10. Berger MM, Reintam-Blaser A, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr MJ, Mayer K, et al. Monitoring nutrition in the ICU. *Clinical Nutrition*. 2019 Apr;38(2):584-93.
11. Walczewski M da RM, Walczewski EAB, Wiggers CEW, da Rosa BC, Marconato FHC. Fatores que impedem a adequação da oferta nutricional enteral em pacientes críticos. *Braspen Journal*. 2020 Jan 20;34(4):329-35.
12. Mendonça MRD, Guedes G. Terapia nutricional enteral em uma Unidade de Terapia Intensiva: prescrição versus infusão. *Braspen J*. 2018; 1:54-57.
13. Pinheiro DS, Santo FHE, Ribeiro WA, Fassarella BPA. Fatores de interrupção de nutrição enteral em unidades

- de terapia intensiva adulto: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020 Sep 15;9(9):e985998188.
14. Medeiros IMS, Ritter CG, Filho GHCR, Prado PRD. Caracterização e adequação energético-proteica da nutrição enteral em pacientes em uma unidade de terapia intensiva : Nutrição enteral no paciente crítico. *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological*. 2019; 6(2):381–95.
 15. Oliveira J, Valtemir PD, et al. Terapia de nutrição enteral: avaliação da rotulagem de produtos e adequação nutricional da dieta de pacientes hospitalizados em estado crítico [master's thesis]. Goiás: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano 2022.88p.
 16. Lentsck MH, Paris M da C, Sangaleti CT, Pelazza BB, Soares LG, Baratieri T, et al. Prevalence and factors associated with chronic critical disease in hospitalized for trauma in intensive care. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 10];e20220246–6
 17. Collier BR, Giladi AM, Dossett LA, Dyer L, Fleming SB, Cotton BA. Impact of High-Dose Antioxidants on Outcomes in Acutely Injured Patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2008 Jul 1;32(4):384–8.
 18. Dresen E, Pimiento JM, Patel JJ, Heyland DK, Rice TW, Stoppe C. Overview of oxidative stress and the role of micronutrients in critical illness. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022 Dec 5;

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: STOP ENFERMAGEM.

LORENA MATOSO VILELA DE SANTANA¹; ANA CLEIDE SILVA RABELO²; DALLIANY ARAÚJO DE OLIVEIRA³; VANESSA SILVEIRA FARIA⁴; KARÍZIA VILANOVA ANDRADE⁵; JANAINA MARIA MAIA FREIRE⁶; HESLY MARTINS PEREIRA LIMA⁷; REBECA SOUSA SILVEIRA SOARES⁸

- 1 – Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estácio de Sá. Instituto Drº José Frota - IJF.
- 2 – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 3 – Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 4 – Enfermeira. Mestra em Ciências Cardiovasculares pelo Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 5 – Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 6 – Enfermeira especialista em Assistência em Transplantes pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 7 – Enfermeira. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Instituto Drº José Frota - IJF.
- 8 – Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Instituto Drº José Frota - IJF.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor correspondente: lorena.matoso@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde é meta internacional de segurança do paciente e tem como um de seus objetivos específicos a redução das Pneumonias Associada à Ventilação (PAVs), essa pode ter consequências graves, sendo o principal fator de risco para o seu desenvolvimento o uso prolongado da ventilação mecânica. Para reduzi-las propôs-se um conjunto de práticas com base em evidências (*bundle*), que engloba: elevação e manutenção da cabeceira, interrupção diária da sedação, avaliação da presença de condensados no circuito respiratório e os cuidados orais com clorexidina. **Objetivo:** Relatar a experiência na implementação do *bundle* para prevenção de PAV na UTI. **Metodologia:** Relato de experiência de uma modalidade de treinamento teórico-prático “STOP enfermagem” da equipe de enfermagem por enfermeiras diaristas. Foram capacitados 36 enfermeiros e 68 técnicos de enfermagem no período de agosto a setembro de 2021. **Resultados:** A proposta de realizar um método diferente de treinamento dos profissionais, dentro de sua jornada de trabalho e durante a execução de suas tarefas, em um ambiente real, surgiu como uma nova estratégia de sensibilização desses profissionais na adoção do *bundle*, a fim de prevenir as PAVs no ambiente de terapia intensiva. Após a realização destes treinamentos percebeu-se que houve aumento da adesão aos elementos do *bundle* de prevenção, principalmente na manutenção da cabeceira elevada entre 30 e 45 graus, realização da higiene oral e avaliação da presença de condensados no circuito respiratório. **Conclusão:** Acredita-se que a metodologia de implementação do *bundle*, a qual envolveu os profissionais em todo processo, pode ser um ponto favorável para sua adesão, pois estes assumiram não apenas condição de informantes, mas sim de atores dessa capacitação.

DESCRIPTORES: CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO; ENFERMAGEM; PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA.

SUMMARY

Introduction: Preventing healthcare-associated infections is an international goal of patient safety and has as one of its specific objectives the reduction of Ventilation Associated Pneumonia (VAP), which can have serious consequences, being the main risk factor for its development the prolonged use of mechanical ventilation. To reduce them, a set of practices based on evidence (*bundle*) was proposed, which includes: elevation and maintenance of the headboard, daily interruption of sedation, assessment of the presence of condensates in the respiratory circuit and oral care with chlorhexidine. **Objective:** To report the experience in implementing the bundle for the prevention of VAP in the ICU. **Methodology:** Experience report of a theoretical-practical training modality “STOP nursing” of the nursing team by day nurses. For this experience, 36 nurses and 68 nursing technicians were trained from August to September 2021. **Results:** The proposal to carry out a different method of training professionals, within their workday and during the execution of their tasks, in a real environment, emerged as a new strategy to raise awareness of these professionals in the adoption of the bundle, in order to prevent VAPs in the intensive care environment. After carrying out these trainings, it was noticed that there was an increase in adherence to the elements of the prevention bundle, mainly in keeping the headboard elevated

between 30 and 45 degrees, performing oral hygiene and evaluating the presence of condensate in the respiratory circuit. **Conclusion:** It is believed that the methodology for implementing the bundle, which involved professionals throughout the process, can be a favorable point for their adherence, as they assumed not only the condition of informants, but also actors in this training.

DESCRIPTORS: INSERVICE TRAINING; NURSING; PNEUMONIA, VENTILATOR-ASSOCIATED.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam, atualmente, um problema de saúde pública mundial, sendo um desafio para a assistência à saúde, principalmente devido às elevadas taxas de mortalidade associadas à sua incidência. Além disso, essas infecções são responsáveis, direta ou indiretamente, pelo aumento do tempo de permanência intra-hospitalar do paciente e pelo consequente aumento dos custos com a internação.⁽¹⁾

A ocorrência dessas infecções pode estar relacionada a fatores intrínsecos e/ou extrínsecos do paciente. Os fatores intrínsecos são aqueles inerentes ao indivíduo, que podem ser extremos de idade, comorbidades e/ou doença de base e sexo. Já os fatores extrínsecos são aqueles associados a fatores externos, relacionados aos cuidados prestados, como a realização de procedimentos invasivos (cateterismo vesical, intubação orotraqueal, ventilação mecânica e acessos venosos centrais e periféricos, por exemplo).⁽²⁾

Entre as IRAS, a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) está entre as de maior incidência, provavelmente pela necessidade frequente de manipulação do trato respiratório, tanto para diagnóstico, quanto para a aspiração de secreções de vias aéreas superiores e inferiores.⁽³⁾

Diante desse contexto, observa-se a importância da prevenção de PAV e da busca por melhorias da qualidade dos serviços de saúde, tendo em vista a sua elevada prevalência, morbidade e mortalidade, principalmente após o crescente relato da multirresistência aos antimicrobianos disponíveis, em especial nas unidades que cuidam de pacientes críticos, como emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nessa perspectiva, é importante destacar o papel do enfermeiro na prevenção e no controle de infecções, pois este profissional atua no contato direto com os pacientes, manipula e controla equipamentos, instrumentais e medicações, além de possuir funções de destaque nas Comissões, nos Serviços de Controle de Infecções Hospitalares e em outros espaços no setor da saúde que tratam especificamente desse assunto.⁽⁴⁾ Contudo, ainda se observa dificuldades na prevenção dessas infecções,

principalmente relacionadas à formação e capacitação de recursos humanos sensíveis ao problema, conscientes da manutenção do ambiente biologicamente seguro e decisivo para oferecer uma assistência qualificada.⁽⁵⁾

Por isso, como uma das possíveis estratégias de intervenção surgiram os *bundles*, pacotes de medidas baseadas em evidências para redução de IRAS. Esses não são padronizados para todas as infecções, são consideradas as especificidades de cada topografia e, por isso, o cuidado torna-se mais direcionado, sendo possível que haja maior adesão da equipe multiprofissional à utilização dos *bundles*.⁽⁶⁾

Os *bundles* foram desenvolvidos pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), que iniciou uma campanha intitulada “100.000 vidas”, enfatizando a importância da utilização dos *bundles*, com a finalidade de contribuir para a redução da taxa de IRAS.⁽⁷⁾

Dados do *Center of Disease Control* mostraram que, quando os estabelecimentos de assistência à saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções e passam a aderir aos programas para prevenção e controle de IRAS, pode haver a redução de até 70% na incidência de infecções.⁽⁸⁾ Diante do exposto, a pergunta norteadora foi: Quais as experiências de enfermeiras diaristas na implementação do *bundle* para prevenção de PAV em uma UTI?

Com vistas a esclarecer esse questionamento, realizou-se esta investigação com o objetivo de relatar a experiência na implementação do *bundle* para prevenção de PAV na UTI adulto de um hospital referência em trauma.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve a capacitação da equipe de enfermagem, por meio de um treinamento teórico-prático, denominado “STOP enfermagem”, executado por enfermeiras diaristas. A proposta de realizar o treinamento dos profissionais, dentro de sua jornada de trabalho e durante a execução de suas tarefas, em um ambiente real, surgiu como uma estratégia de sensibilização desses profissionais na utilização do *bundle*, a fim de prevenir as PAVs no ambiente de terapia intensiva.

Desenvolveu-se essa experiência em quatro momentos. O primeiro momento ocorreu entre a coordenação e as enfermeiras diaristas de cada UTI para decidir quais instrumentos seriam utilizados nos treinamentos, bem como os dias e horários em que ocorreriam. Foi decidido abordar o *bundle* de prevenção de PAV devido à alta incidência dessa infecção nas UTIs.

O *bundle* é composto pelos seguintes tópicos: higiene oral rotineira em pacientes sob ventilação mecânica, manutenção da cabeceira da cama elevada entre 30 à 45 graus, redução da sedação, verificação diária da possibilidade de extubação, manutenção da pressão do *cuff*

entre 25-30 cmH₂O e sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações vigentes no país.⁹

No segundo momento, ocorreu a construção do material a ser utilizado durante o treinamento e o convite para participação da equipe através do aplicativo *WhatsApp*®, com o tema do “*Stop* Enfermagem”, os dias e horários determinados. Buscando abranger a equipe do serviço noturno, foram agendados três dias às 07 horas da manhã, antes dos profissionais saírem do plantão.

O terceiro momento foi a execução do treinamento denominado “*Stop* Enfermagem” nas UTIs, tendo como tema central a prevenção de PAV. Foram realizados doze encontros, três no horário de 7 horas da manhã, cinco às 10 horas e quatro às 14 horas, com tempo máximo de duração de 20 minutos, visto que estavam em seu local e horário de serviço.

Os profissionais foram reunidos, sendo contextualizada a importância daquele momento, na busca por uma maior adesão às boas práticas de prevenção de PAV e a redução dos índices de infecção hospitalar. Em seguida, foram abordados os seis elementos do *bundle* de prevenção de PAV através da apresentação de casos com simulação realística, buscando uma discussão reflexiva (*debriefing*) a partir das decisões tomadas, estimulando o pensamento crítico dos profissionais para consolidação dos saberes.

Ao final de cada treinamento, eram anotados os pontos discutidos, como: dificuldades encontradas para a implementação de cada tópico do *bundle*, sugestões da equipe assistencial e percepções das enfermeiras diaristas sobre o treinamento.

O quarto momento foi a definição de estratégias em reunião com as lideranças das UTIs, com base nas anotações da etapa anterior. A partir de então, foram definidas melhorias para favorecer a implementação de cada tópico do *bundle* através de novas rotinas, da organização do serviço e da aquisição de insumos necessários.

RESULTADOS

Foram capacitados 65 enfermeiros e 98 técnicos de enfermagem no período de agosto a setembro de 2021. Dentre eles havia especialistas, mestres e doutores, bem como alguns técnicos de enfermagem que já são enfermeiros em outras unidades de saúde. A maior presença foi da equipe do serviço diurno e de enfermeiros com escalas de segunda a sexta-feira, totalizando 50 enfermeiros e 80 técnicos.

Durante abordagem do *Stop* Enfermagem foi explicitado o folder sobre o *bundle* de prevenção de PAV e percorrido sobre a importância de cada tópico. Em seguida apresentado casos clínicos reais, de maneira que a equipe pudesse refletir sobre as boas práticas implementadas em cada caso.

Durante o período de discussão, a equipe relatou algumas inconformidades, como ausência de insumos diariamente e inexistência de padronização de rotinas.

Ao mesmo tempo que as diaristas detectaram falhas em técnicas, como a higiene oral, insumos inadequados, dentre outros. Desta forma, as sugestões e problemáticas foram anotadas e compiladas, sendo aprimoradas em reunião de liderança da UTI (quadro 1).

As maiores dificuldades encontradas para efetivar a capacitação foram: reunir toda a equipe assistencial durante o horário de trabalho e espaço físico para realização do treinamento, tendo em vista que apenas duas das cinco UTIs tinham um local apropriado.

Quadro 1. Dificuldades/sugestões para melhorias na implementação do bundle de PAV nas UTIs.

Item do <i>bundle</i> apresentado	Dificuldades observadas	Sugestões de melhoria
Higiene Oral rotineira em pacientes sob ventilação mecânica	• Indisponibilidade de insumos necessários para realização da técnica correta de higiene oral; • Falta de habilidade técnica na realização do procedimento; • Inexistência de padronização de horário.	• Padronização do uso de escovas dentais na realização da técnica de higiene oral; • Definição de horário para realização três vezes ao dia (08, 14 e 20 horas); • Treinamento sobre a técnica de higiene oral a ser realizado pela equipe da Odontologia Hospitalar.
Manter a cabeceira da cama elevada entre 30° e 45°	• Camas sem a presença do angulômetro; • Contra-indicações para elevação da cabeceira mal definidas; • Rotina de reduzir o ângulo da cabeceira na realização de procedimentos como higiene oral e banho no leito.	• Maior envolvimento da equipe multiprofissional na execução do item; • Marcação da Angulação da cabeceira nas camas das unidades; • Realizar a higiene oral antes do banho com a cabeceira ainda elevada e reduzir o mínimo possível o ângulo da cabeceira durante o banho no leito.
Realizar a redução da sedação	• Indisponibilidade de insumos para desmame adequado da sedação; • Inexistência de protocolo de despertar diário.	• Verificar a possibilidade de redução da sedação diariamente na visita multiprofissional; • Desligar a sedação dos pacientes elegíveis em horário definido (06 horas da manhã).
Verificar diariamente a possibilidade de extubação	• Visita multiprofissional acontecendo apenas em dias úteis atrelada a presença dos diaristas.	• Desvincular a realização da visita multiprofissional da presença dos diaristas, estimulando a equipe assistencial e demonstrando sua importância diariamente.
Manter a pressão do <i>cuff</i> entre 25-30 cmH ₂ O	• Cuffômetros não calibrados; • Aumento do índice de escapes aéreos nos traqueostomos.	• Realizar calibração dos cuffômetros.
Manter o sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações vigentes no país	• Utilização de jarras umidificadoras.	• Limitar o uso de umidificadores aquecidos a situações específicas; • Troca do filtro dentro do prazo; • Posicionamento correto do filtro.

Fonte: Autores

Por fim, com a realização destes treinamentos percebeu-se que houve aumento da adesão aos elementos do *bundle* de prevenção, principalmente na manutenção da cabeceira elevada de 30° a 45°, higiene oral rotineira e avaliação da presença de condensados no circuito respiratório.

DISCUSSÃO

Segundo Alcan *et al.*⁽¹⁰⁾ (2016) para que a aplicação do *bundle* ou de um determinado protocolo de prevenção tenha sucesso, como por exemplo reduzir a incidência de PAV no ambiente de terapia intensiva, é fundamental a participação da equipe de enfermagem em treinamentos, bem como a educação da equipe em relação ao processo de trabalho.

Considerando-se ainda, a cultura de segurança do paciente, o trabalho em equipe dentro das UTIs, bem como educação continuada, *feedback* e comunicação de erros constituem fatores importantes para a prevenção e melhoria da qualidade da assistência em saúde ofertada.⁽¹¹⁾

O termo educação continuada remete a atualização contínua de técnicas e saber científico de temáticas específicas a partir das novas atualizações e recomendações vigentes, visando um aprimoramento para a atuação profissional. Para que esta seja executada, fazem-se necessários recursos naturais, financeiros, físicos e, principalmente, humanos.⁽¹²⁾

Quando se é possível associar e articular a prática assistencial com o ensino, consegue-se, então, refletir e transformar de forma dinâmica o processo de trabalho, tornando de forma explícita o quanto a atuação e o protagonismo da equipe de saúde podem mudar a problemática existente.^(11,13)

Nesse contexto, o enfermeiro, dentro de uma equipe multidisciplinar, apresenta um papel fundamental na educação, onde o foco principal é implementar protocolos para minimizar os fatores mutáveis, visando proteger o paciente de uma infecção secundária à hospitalização. Por isso, é de suma importância que toda a equipe de enfermagem se mobilize para prevenir o surgimento da PAV, realizando os cuidados pertinentes e atuando na educação permanente.

Existe um desafio em relação ao controle da PAV, portanto devem ser estabelecidos pacotes de prevenção, também chamados *bundles*, que podem ser definidos como medidas assistenciais em conjunto, onde fatores de riscos mutáveis podem ser evitados a fim de diminuir a taxa de incidência, e consequentemente, a mortalidade.⁽¹⁴⁾

De acordo com Cordeiro *et al.*⁽¹⁵⁾ (2022) a implementação de um protocolo de higiene oral para pacientes entubados é de fundamental importância para diminuir as chances de desenvolvimento da PAV, além de reduzir o tempo e custos do tratamento para a rede de saúde.

Quanto à importância da escovação, um estudo realizado em Pernambuco revelou que o uso da escovação

dental com clorexidina gel a 0,12% demonstrou redução significativa do tempo de ventilação mecânica, e tendência à redução da incidência de PAV e tempo de internação na UTI, embora sem significância estatística.⁽¹⁶⁾

A dificuldade de manter a cabeceira elevada foi discutida no estudo de Perugini *et al.*⁽¹⁷⁾ (2015) sendo o item com boa adesão, compreendendo a manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45° com 77% na fase pré-intervenção educativa e 97% na fase pós. Adicionalmente, o estudo trouxe que a higiene das mãos diminuiu do período pré para o pós-intervenção, entretanto a manutenção da cabeceira da cama entre 30-45°, a pressão do *cuff* endotraqueal e remoção de condensação do circuito respirador aumentaram significativamente do período pré para o pós-intervenção, ratificando que a implementação do pacote de intervenções foi associada com uma redução significativa na taxa de PAV.

A sedação é para dar conforto ao paciente durante o suporte ventilatório, porém se for uma sedação profunda irá dificultar o desmame ventilatório. Dessa forma, a interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão desse paciente para extubação são partes integrantes do *bundle* e devem ser discutidas nas visitas multidisciplinares. Estudo realizado por Maran *et al.*⁽¹⁸⁾ (2022) confirmou que após a implementação dos *rounds*, constatou-se redução significativa no tempo de internação por PAV, infecção do trato urinário e nos dias de uso de dispositivos invasivos. A prática investigada é essencial para o cuidado integral, a redução de danos, o trabalho eficaz e a segurança do paciente crítico.

CONCLUSÃO

A PAV é uma das grandes preocupações de líderes em terapia intensiva, considerando seus custos e o impacto em morbimortalidade. O treinamento em serviço estimula a adesão dos profissionais ao aprimoramento e a atualização dos conhecimentos sobre a prática diária, o que favorece a tomada de decisão assertiva.

Essa experiência de capacitação da equipe de enfermagem reforçou o diferencial de se colocar profissionais ligados diretamente à assistência ao paciente como atores do processo, uma vez que vários pontos que fragilizam a implementação dos tópicos do *bundle* de PAV foram destacados no período da capacitação, tais como: ausência de horários pré estabelecidos para a realização da higiene oral, redução da cabeceira do leito do paciente em procedimentos, *cuff*ômetros descalibrados e a utilização de jaras no circuito da ventilação mecânica para a umidificação do ar. Esses destaques possibilitaram que estratégias de melhorias fossem pensadas pelas lideranças e colocadas em prática, o que favoreceu a implementação do *bundle* de PAV.

Salienta-se que o processo de implementação do pacote de medidas e a revisão de rotinas da UTI são contínuos, devido a rotatividade dos profissionais, a atualização das evidências científicas e a instabilidade na disponibilidade de insumos necessários dentro do serviço

público. Esse cenário reforça o papel das lideranças de enfermagem diariamente dentro das UTIs, realizando as capacitações da equipe, gerenciando rotinas e trabalhando indicadores de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda, RA. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016 Jun; 50(3): 505-511. doi: 10.1590/s0080-623420160000400018.
- Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2014 Dez;48(6):995-1001. doi: 10.1590/s00348910.2014048004825.
- Rodrigues CN, Pereira DCA. Infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridas em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Investigação Biomédica*. 2016 Dez 5;8(1):41.
- Andrade VLF, Fernandes FAV. Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24(0): 1-9. doi: 10.1590/1518-8345.0963.2678.
- Barros MMA, Pereira ED, Cardoso FN, Silva RA. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2016 Jul 13; 14(1). doi: 10.5102/ucs.v14i1.3411.
- Cavalcante AKCB, Rocha RC, Nogueira LT, Avelino FVSD, Rocha SS. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015 Dez; 31(4).
- Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent Central Line Associated Blood Stream Infections (CLABSI), 2012.
- Centers for Disease Control and prevention. Healthcare-associated Infections (HAI), 2016.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- Alcan AO, Korkmaz FD, Uyar M. Prevention of ventilator-associated pneumonia: Use of the care bundle approach. *American Journal of Infection Control*. 2016 Out; 44(10): 173-176. doi: 10.1016/j.ajic.2016.04.237.
- Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2017 Jan; 19:1-12. doi: 10.5216/ree.v19.38760.
- Silva MJP, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. 1989.
- Branco A, Lourençone EMS, Monteiro AB, Fonseca JP, Blatt CR, Caregnato RCA. Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(6). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0477.
- Carvalho GVN, Fernandes MJ, Melo JRC, Cavenaghi OM, Ferreira LL. Desfechos clínicos de pacientes críticos com e sem pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Ciên Saúde*. 2022;1(1):1-5.
- Cordeiro LC, Ribeiro JRV, Amaral AAG, Werneck JT. A importância da instalação de um protocolo de higiene oral em pacientes entubados revisão de literatura. *Revista Fluminense de Odontologia*. 2022 Mar;1(57):135-146.
- Vidal CFL. Impacto da Higiene Oral com clorexidina com e sem escovação dental na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica: Estudo Randomizado (tese). Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 135 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12053>.
- Perugini MRE, Perugini VH, Figueira FD, Fontana LMS, Diniz JJ, Santos DL, *et al.* Impacto de um bundle nas taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em uma unidade de terapia intensiva pediátrica em Londrina-PR. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015 Mai; 36(1): 259-266. doi: 10.5433/1679-0367.2015v36n1suplp259.
- Maran E, Matsuda LM, Cavalcanti AB, Magalhães AMM, Marcon SS, Haddad MCFL, *et al.* Efeitos de rounds multidisciplinares e checklist em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de método misto. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(3). doi: 10.1590/0034-7167-2021-0934pt.

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA EMERGÊNCIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

DANIELLE DE MENEZES VIEIRA NÉO^{1*}; RÉGIA MARIA PRADO PINTO².

1 – Assistente Social mestranda em Serviço Social – Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social (MASS)- Universidade Estadual do Ceará.

2 – Assistente Social do Instituto Dr. José Frota (IJF) e do Centro Pop Maracanaú. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: danielle.menezes@aluno.uece.br.

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de discorrer sobre o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Serviço Social do Instituto Doutor José Frota (NUSERV IJF) junto aos/as pacientes em situação de rua admitidos/as na emergência da referida unidade hospitalar que é pertencente à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Fortaleza- CE. Este trabalho é resultado da pesquisa que subsidiou a elaboração do trabalho de conclusão de residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará, na ênfase de urgência e emergência tendo como cenário de prática o IJF. O percurso investigativo foi realizado à luz de estudos bibliográficos, pesquisa documental e pesquisa de campo por meio de entrevistas às assistentes sociais lotadas na emergência do referido hospital. A pesquisa empírica revelou que a atuação do/a assistente social no contexto hospitalar é repleta de possibilidades e desafios no atendimento às pessoas em situação de rua na perspectiva da garantia de direitos sociais.

Palavras-chave: Saúde. Serviço Social. Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

This article aims to discuss the work carried out by the Social Service Center of the Instituto Doutor José Frota (NUSERV IJF) with homeless patients admitted to the emergency room of the aforementioned hospital unit, which belongs to the network of Unified Health System (SUS) in the city of Fortaleza-CE. This work is the result of the research that supported the elaboration of the conclusion work of the multidisciplinary residency at the School of Public Health of Ceará, in the emphasis on urgency and emergency, having the IJF as a practice scenario. The investigative path was carried out in the light of bibliographical studies, documentary research and field research through interviews with social workers working in the emergency room of the hospital mentioned above. Empirical research revealed that the role of the social worker in the hospital context is full of possibilities and challenges in assisting homeless people from the perspective of guaranteeing social rights.

Keywords: Health. Social workers. Homeless people.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo discorrer sobre o trabalho realizado pelo/as profissionais de serviço social junto aos/às pacientes admitidos/as na emergência no Instituto Doutor José Frota (IJF) que se declaram como pessoas em situação de rua e têm as ruas como espaço de moradia e sustento. Vale ressaltar que o IJF é uma unidade de saúde que compõe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUÊ) do município de Fortaleza/Ceará, de acordo com a Portaria nº 1.600/2011, e é integrada ao SUS. (BRASIL, 2011b). O IJF é um hospital de referência de alta complexidade, oferecendo atendimento aos usuários vítimas de traumas, queimaduras, intoxicações, lesões vasculares graves e outras causas.

Dentre a diversidade da população usuária, o IJF é também referência para as pessoas em situação de rua que necessitam de atendimentos em virtudes de atropelamentos, quedas, agressões, queimaduras, tentativa de suicídio e outras demandas em saúde.

Em Fortaleza, capital do Ceará, é possível identificar a presença de indivíduos e famílias que têm as ruas como espaços de moradia e sustentos nos diversos espaços, sejam nos logradouros públicos, nas praças, nos viadutos, nos prédios abandonados, moradias improvisadas e etc.

O segundo Censo da População em Situação de Rua (2022) identificou cerca de 2.653 pessoas em situação de rua na capital cearense. Ainda revelou que esse contingente populacional vivencia as precárias condições de vida que o expõe a inúmeros riscos e agravos à saúde, tais como: a ausência de moradia convencional, as dificuldades de acesso à alimentação, à água potável, à higiene pessoal, ao calor, ao frio, o sono, a violência, o uso prejudicial de álcool e drogas, dentre outros.

Desse modo, a população em situação de rua acessa a saúde pública, prioritariamente, por meio da atenção terciária, conforme dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. (BRASIL, 2009b). Nessa mesma diretiva, em um levantamento realizado a partir do instrumental de notificações de pessoas em situação de rua preenchido pelos/as assistentes sociais do IJF, foi revelado que as principais causas de internação dessa população admitida na emergência estão relacionadas às diversas formas de agressão física, sobretudo, por arma de fogo ou armas perfurantes.

Na saúde, o/a assistente social é parte da equipe multiprofissional e cotidianamente é demandado/a compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Nessa perspectiva, esses profissionais lidam com múltiplas expressões da questão social, o que requer uma atuação numa perspectiva totalizante, com base na realidade sócio histórica de uma sociedade extremamente desigual que impacta nos determinantes sociais e corroboram com o processo saúde/doença. Logo, os serviços de saúde devem ser pautados pelo atendimento às necessidades das pessoas

considerando a concepção ampliada de saúde.

Diante disso, a partir da experiência da pesquisadora e assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) na emergência do IJF foi possível perceber o número significativo de pessoas em situação de rua admitidas na emergência e o quanto suas demandas desafiam cotidianamente a atuação dos/as assistentes sociais da referida unidade de saúde.

Essa experiência possibilitou o despertar de reflexões que culminou na investigação da temática em questão, a saber: “Como se dá o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do IJF? ”; “Quais os principais desafios e possibilidades da atuação do/a assistente social com as pessoas em situação de rua atendidas no IJF? ”; “De que modo sucede a intersetorialidade da saúde com as demais políticas públicas?”

Para tanto, o percurso investigativo é alinhado ao método crítico dialético por possibilitar apreender o objeto em estudo numa dimensão de totalidade e inserido em uma realidade complexa, dinâmica e em constante movimento. A pesquisa que ora é apresentada possui natureza qualitativa à luz de estudos bibliográficos e documentos relevantes na saúde, no serviço social e na temática da população em situação de rua.

A obtenção da coleta de dados ocorreu mediante a pesquisa de campo por meio de entrevistas às assistentes sociais que atuam na emergência do IJF, lotadas entre segunda e sexta-feira, no plantão diurno. O NUSERV IJF possui 65 assistentes sociais em seu quadro funcional, todas mulheres e com vínculo estatutário, com carga horária mínima de 24 horas semanais e que trabalham em regime de plantão. Desse modo, do quantitativo total de servidoras, 14 exercem atividades profissionais na emergência em diferentes dias e turnos.

No tocante a caracterização das entrevistadas, cinco têm formação acadêmica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Apenas uma é mestra e outra possui residência em saúde. As demais são especialistas. Sobre o ano de ingresso na unidade hospitalar, cinco ingressaram no IJF em 2020 e uma iniciou seu exercício funcional no ano de 2018.

As entrevistas deram-se a partir de um roteiro semiestruturado comum a todas as participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas duraram em média 25 minutos e foram gravadas como forma de obter a fidedignidade dos dados coletados. As entrevistas ocorreram em uma sala com a garantia do sigilo. Optamos por identificá-las com o nome da profissão seguido de números para diferenciá-las (assistente social 1, assistente social 2, assistente social 3, assistente social 4, assistente social 5 e assistente social 6). Vale ressaltar que a pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética do IJF com o número do Certificado

de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 35139714.0.000.5534.

O artigo está organizado em três seções articuladas entre si. A primeira seção trata da política de saúde e do marco legal do direito à política de saúde para população em situação de rua no Brasil. A segunda seção apresenta a caracterização da população em situação de rua atendida no IJF. A terceira seção traz a análise dos dados mais relevantes coletados no campo da pesquisa sobre o trabalho do/a assistente social na saúde junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência hospitalar, destacando os desafios e as possibilidades para a intervenção profissional. Por fim, as considerações finais apontam reflexões e tendências que poderão contribuir no debate da temática em tela.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À SAÚDE

O grande marco da política de saúde brasileira deu-se a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde SUS, como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Nessa diretiva, o SUS é ofertado por meio das políticas sociais, de modo a garantir o acesso igualitário e universal às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (CFESS, 2010).

O SUS foi regulamentado por meio da Lei nº 8.080/1990, conforme a Lei Orgânica da Saúde, que regula a política de saúde em todo o território nacional, além das ações e dos serviços de saúde, e dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ademais, a Lei nº 8.142/1990, garante a participação popular no SUS e de repasse de recursos financeiros para a área da saúde pública brasileira.

O SUS é norteado por princípios: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Dentre as diretrizes, estão: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e participação comunitária. (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, representou um amplo avanço ao trazer a concepção de Seguridade Social (saúde, assistência social e previdência social) com a lógica da proteção social, fruto de lutas e reivindicações históricas da população (CFESS, 2010). Dessa forma, a saúde passou a ser considerada não apenas como a ausência de doença, tendo sua concepção ampliada, com destaque para os determinantes e condicionantes da saúde.

O artigo 3º da Lei nº 8.080/1990 traz avanços importantes ao assegurar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Os avanços na saúde brasileira são frutos de muita luta de diversos segmentos da sociedade comprometido com o Projeto de Reforma Sanitária que imprimiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante a oferta de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e agravos à saúde por meio do acesso universal e igualitário às ações que viabilizem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

De fato, os avanços obtidos na política pública de saúde no Brasil ocorreram no contexto da implantação da agenda neoliberal, a partir da década de 1990. Um cenário marcado por uma forte “[...] tensão entre dois projetos em disputa: Reforma Sanitária e Saúde vinculada ao Mercado ou Privatista”. (BRAVO, 2006, p. 88).

Vale ressaltar que, historicamente, o Brasil vivencia um processo de privatização do SUS impetrado pelos diversos governos, que vem acarretando na precarização dos serviços ofertados à população usuária. Desse modo, torna-se cada vez mais evidente as medidas de privatização da saúde e a redução da condução do Estado da política de saúde.

A população sofre os impactos mediante ataques aos direitos à saúde e ao financiamento público que comprometem a universalização e a plena efetivação do SUS. Não obstante, apesar da saúde ser um direito básico de cidadania, ainda não é acessada da mesma forma por todos os grupos populacionais que vivenciam contexto de desigualdades sociais. Cohn et al. (2010, p. 13) afirmam que: “[...] o direito à saúde é historicamente marcado pela diferença de classes e especialmente pela distinção original dos sujeitos no mercado de trabalho”.

O acesso da população em situação de rua à saúde também é marcado por vivências discriminatórias e com diversos entraves, a exemplo da exigência de documento legal de identificação. Em face dessa realidade, o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), historicamente tem reivindicado a igualdade e a luta pelos direitos da população em situação de rua, inclusive, o acesso à saúde pública.

A partir de pressões do MNPR, com o apoio de diversos movimentos sociais, em 2008, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua por meio do Decreto nº 7.053/2009, que tem como um dos objetivos, explícitos no seu artigo 7º: “[...] assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda”. (BRASIL, 2009).

No mesmo ano, o Governo Federal decretou a criação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, pela Portaria nº 3.305/2009, de 24 de dezembro de 2009, com as atribuições de propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde dessa população na elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua.

A Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, definiu diretrizes e estratégias para o enfrentamento das iniquidades e das desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS. No seu artigo 2º, a população em situação de rua tem assegurado: o acesso às ações e serviços de saúde que visem à redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, como falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular e exposição a intempéries; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessa população.

Outro avanço importante que merece destaque é o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, mediante a Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, definiu as diretrizes e as estratégias no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades do acesso das pessoas em situação de rua no SUS.

Além dessas iniciativas, a portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde que é dispensado dos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS. Ou seja, é direito desse grupo ser atendido nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação.

Apesar dos avanços conquistados, a população em situação de rua nos dias atuais ainda encontra barreiras para o acesso à saúde pública, especialmente no âmbito da atenção básica. Conforme Carvalho (2016) essa população é extremamente vulnerável e exposta às várias situações de risco e de agravos físicos, psíquicos e psicológicos à saúde, por exemplo, a violência urbana e o uso abusivo de substâncias psicoativas, que interferem na sua condição de saúde e ameaçam a própria sobrevivência, demandando, assim, atendimento nos serviços de saúde de alta complexidade.

Corroborando dessa tese, Pinto (2015) afirma que a população em situação de rua ainda encontra dificuldades e desafios no acesso à saúde e, em caso de adoecimento,

essa população busca em primeiro lugar os hospitais de emergências, em segundo lugar, as unidades básicas de saúde. Vale considerar que essa é a realidade identificada no IJF, em que a população em situação de rua busca atendimentos especializados, em virtude de situações de urgência e emergência. Assim sendo, observa-se que a principal forma de acesso à saúde dessas pessoas não se dá em uma perspectiva preventiva, e sim por situações de agravos à saúde, como agressões físicas, atropelamentos, quedas, tentativas de suicídio, dentre outras.

A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDA NO IJF

A população em situação de rua configura-se como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b).

Cabe mencionar a existência de vários fatores que corroboram para que essas pessoas utilizem as ruas como espaços de moradia e sustento, portanto, é um fenômeno multifacetado. Nesse sentido, Silva (2009) corrobora que o fenômeno população em situação de rua é fruto de múltiplas determinações que estão relacionadas aos fatores históricos que o tornam elemento relevante na composição da pobreza na sociedade capitalista.

Em síntese, a população em situação de rua é uma das expressões da questão social resultantes da sociedade capitalista e do agravamento da pobreza com base na relação desigual entre trabalho e capital. Não é a pobreza que ocasiona a situação de rua, no entanto, o fenômeno social pessoa em situação de rua é resultante da extrema pobreza decorrente do processo de produção capitalista (CARVALHO, 2016).

A cidade de Fortaleza não é diferente dos demais grandes centros urbanos do país e é resultante do crescimento desordenado configurando-se como reflexo de uma sociedade permeada por desigualdades sociais, o que repercute no expressivo número de pessoas em situação de rua. O II Censo Municipal da População de Rua (2021), que tem como objetivo nortear as políticas públicas para a população mais vulnerável da capital cearense, mostrou que cerca de 2.653 pessoas vivem em situação de rua na cidade.

O contexto pandêmico, gerado pela Covid-19, potencializou as desigualdades sociais, sobretudo, no que se refere às condições de vida das pessoas que vivem em situação de rua, acarretando a ampliação desse contingente populacional em uma conjuntura que as recomendações consistiam em adoções de medidas sanitárias de isolamento e distanciamento social, entretanto, tais orientações eram alheias às reais condições de vida dessas pessoas.

A pandemia da Covid-19 expôs diversos desafios à sociedade brasileira, seja por um cenário de desmonte da saúde pública imposto por um governo ultra neoliberal, seja pelas condições sanitárias decorrentes desse vírus. Os desafios exigiram a necessidade de adoção de ações eficazes e pautadas na ciência para superar as crises (sanitária, econômica, social, ambiental e política).

Assim sendo, a pandemia tornou a população em situação de rua ainda mais vulnerável e exposta a agravos à saúde. O fato é que a população em situação de rua cotidianamente vivencia diversas formas de violações de direitos que interferem diretamente na condição de saúde, o que contribui na busca desse segmento por serviços de saúde de alta complexidade, no município de Fortaleza, especialmente no IJF. Por conseguinte, é bastante expressiva a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas na referida unidade de saúde.

Com base na Notificação de Pessoas em Situação de Rua do NUSERV, entre os meses de janeiro e dezembro de 2020, registrou-se 319 pessoas em situação de rua atendidas somente na emergência do IJF. Esse instrumental é preenchido no momento da primeira entrevista realizada pelo/a assistente social, sendo possível identificar as seguintes variáveis: idade, sexo, cidade de referência, documentação, causa de internação, vínculo familiar e ocupação.

Conforme Notificação citada acima, identificou-se a predominância do sexo masculino entre a população em situação de rua atendida no IJF, sendo 267 homens e 52 mulheres. No que se refere à faixa etária, constatou-se a prevalência entre 21 e 40 anos de idade, no total de 168 pessoas. Com relação à cidade de referência, verificou-se que 287 pessoas atendidas relataram que têm as ruas como espaço de moradia e sustento em Fortaleza. Já 25 disseram ser provenientes da RMF, como as seguintes: Caucaia, Maranguape, Maracanaú, Horizonte, Cascavel, Pindoretama, Pacajus e Paracuru, e sete pessoas afirmaram ser advindas de outras regiões do estado do Ceará. Nesse sentido, é possível perceber como é significativo o número de pessoas em situação de rua nos espaços urbanos. Tal fato se justifica pelo fato de historicamente os grandes centros urbanos brasileiros possibilitarem um maior acesso a trabalho e renda, de modo a atender aos interesses do grande capital (PINTO, 2020).

As grandes metrópoles brasileiras são marcadas pela desigualdade social, que repercute em diversas expressões da questão social, dentre elas, a violência urbana. Tal realidade é demonstrada pelo atendimento de 189 pessoas em situação de rua no IJF em decorrência da violência urbana (agressão física, perfuração por arma de fogo ou arma branca), 52 foram atendidas por consequência de quedas, 39 por atropelamentos e 39 por causas diversas (intoxicação exógena, queimaduras, Covid-19, choque elétrico, picada de escorpião, dentre outras), conforme dados das Notificações.

Quanto à documentação civil, o instrumento de Notificação informou que 228 pessoas em situação

de rua atendidas no IJF afirmaram não possuir nenhum documento legal e 91 pessoas disseram possuir apenas um documento. Portanto, ocorre o número expressivo de pessoas que não possuem quaisquer documentos de identificação, o que “[...] dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania” (BRASIL, 2012, p. 25).

No tocante aos vínculos familiares, 174 dos/as usuários/as declararam não possuir referência familiar ou possuem vínculos bastante fragilizados ou rompidos. Sendo que 145 relataram possuir alguma referência familiar. Apesar de ser menor, é expressiva a quantidade de pessoas em situação de rua com agravos à saúde que possuem referência familiar. O transtorno mental, uso abusivo de substância psicoativas, conflitos familiares, desemprego, dentre outras, contribuem para o rompimento e a fragilização dos vínculos familiares.

Acerca do acesso ao trabalho e à renda, 258 pessoas declararam não possuir, tendo assim, como principal forma de acesso à renda, a mendicância ou o benefício de Programas de Transferências de Renda do Governo Federal, como o Programa Bolsa Família (PBF). Apenas 61 pessoas afirmaram que trabalham no mercado informal, como: flanelinha, reciclador/a, vendedor ambulante, eletricitista, soldador, profissional do sexo, vigilante, dentre outras ocupações. Nesse sentido, o acesso ao trabalho e à renda é um importante fator condicionante e determinante da saúde.

Por conseguinte, a realidade social tem determinantes que interferem no processo saúde-doença, e as expressões da questão social refletem diretamente na saúde pública. O fenômeno social população em situação de rua repercute no trabalho do/a assistente social na saúde, em que muitas vezes são exigidas respostas imediatas e repleta de desafios em uma conjuntura adversa e de retração de direitos.

A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA DO IJF: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

O/A assistente social compõe a equipe multiprofissional em todos os níveis de atenção e equipamentos dos serviços de saúde. A partir da Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o/a assistente social foi caracterizado/a como profissional da saúde, a partir da nova concepção de saúde trazida pela Constituição Federal de 1988. Assim, o/a referido/a profissional passou a ter o seu trabalho legitimado na perspectiva da apreensão dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

O serviço social na área da saúde tem como objetivo primordial: “[...] a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28). Sendo assim, o/a assistente social identifica os

determinantes que estão diretamente relacionados ao processo saúde-doença e, a partir de então, realiza a sua intervenção com base em uma “[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil [...]” (CFESS, 2010, p. 35).

Desse modo, é a partir da análise crítica da realidade social que o/a assistente social trabalha sob três dimensões indissociáveis: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. As autoras Lima, Moreira e Lemos (2020) afirmam que a primeira se refere à capacidade de apreender a realidade, no sentido de superar a aparência dos fatos e compreendê-los em sua totalidade, com base nos fundamentos que orientam a profissão. A segunda está relacionada às escolhas e posicionamentos para se definir a finalidade. Por fim, a terceira se refere aos meios necessários e aos instrumentos para alcançar o objetivo.

Para isso, o trabalho do/a assistente social tem como referência um conjunto de regulamentações profissionais, como: o Código de Ética do Assistente Social de 1993; a Lei de Regulamentação da Profissão (1993); e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (IAMAMOTO, 2009). Soma-se ainda o conhecimento das legislações específicas relacionadas às políticas públicas, como no caso da política de saúde, das Leis Orgânicas (8.080/1990 e 8.142/1990), das normas operacionais, dentre outras.

Vale ressaltar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social no Brasil é vinculado ao projeto de reforma sanitária e tem o compromisso com a defesa do SUS. Desse modo, os/as assistentes sociais são demandados/as a promoverem a democratização do acesso aos serviços de saúde, de modo a aproximarem as unidades de saúde da realidade, assim como fortalecerem a participação popular e possibilitarem o acesso às informações, além de realizarem trabalho interdisciplinar (CFESS, 2010).

O Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva que exerce lugar na divisão social e técnica do trabalho (GUERRA, 2013), portanto, a questão social é o objeto de intervenção. Dessa maneira, o/a assistente social, no contexto da urgência e emergência, depara-se com inúmeras expressões da questão social, dentre elas, o fenômeno pessoa em situação de rua. A esse/a profissional é demandado/a possuir uma intervenção pautada na análise dos determinantes sociais que estão para além do ambiente hospitalar e interferem na saúde das pessoas em situação de rua atendidas no IJF.

No tocante às pessoas em situação de rua admitidas na emergência do IJF, conforme a vivência enquanto residente, apreendeu-se que o/a assistente social realiza entrevista social com escuta qualificada a fim de conhecer e intervir na realidade social, bem como, a partir das demandas, articular e realizar encaminhamentos para as demais políticas públicas. Durante o atendimento, o/a assistente social também busca identificar e intervir

junto às referências familiares e comunitárias, respeitando a autonomia dos sujeitos envolvidos, na perspectiva de contribuir no acesso aos direitos sociais.

O Serviço Social do IJF utiliza em seu cotidiano profissional os denominados Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que são instrumentos organizativos que orientam a atuação profissional, o planejamento das atividades e os momentos de reflexões acerca das ações. No entanto, vale ressaltar que são utilizados pelos/as assistentes sociais não de modo tecnicista, mas de maneira reflexiva, uma vez que cada situação demanda uma resposta específica em meio à intensa dinâmica da realidade social.

Com relação ao POP (2020) que se refere ao atendimento do/a assistente social às pessoas em situação de rua, o objetivo principal consiste em realizar o atendimento das pessoas que têm as ruas como espaço de moradia e sustento, na perspectiva de garantia de direitos e suporte à alta hospitalar (NUSERV IJF, 2020). Assim, esse documento descreve as principais ações do/a assistente social com essa população específica ao ser admitida no IJF, a fim de conhecer o contexto socioeconômico, identificar a realidade do/a usuário/a e as demandas referentes aos direitos sociais.

É fundamental o primeiro contato do/a assistente social com as pessoas em situação de rua admitidas na emergência do IJF, pois nesse momento já são identificadas as principais demandas através da escuta qualificada, uma vez que em muitos momentos as demandas não se apresentam de forma imediata e o/a assistente social tem que decifrar a realidade social dos/as usuários/as atendidos/as. Em consonância, a assistente social 1(2021) destacou que “[...] as demandas das pessoas em situação de rua não se apresentam de forma explícita, sendo primordial realizar escuta atenta a fim de identificar e realizar encaminhamentos necessários com celeridade”. Portanto, a própria natureza da urgência e emergência requer intervenções rápidas, já que algumas pessoas em situação de rua são atendidas e, em seguida, recebem alta.

A pesquisa de campo identificou que as entrevistadas compreendem a trajetória de vida de cada pessoa em situação de rua admitida na emergência do IJF como fruto das desigualdades sociais intrínsecas à sociedade capitalista. Foi identificado nas falas das entrevistadas que há um consenso de que o fenômeno população de rua é resultante das múltiplas expressões da questão social, configurando-se como um público extremamente heterogêneo.

No relato da assistente social 1 (2021), ela definiu o fenômeno população em situação de rua “[...] como a representação da exclusão social de diversas formas [...]” e acrescentou que, “[...] quanto mais a desigualdade social cresce, aumenta o quantitativo de pessoas em situação de rua e a sociedade naturaliza esse fenômeno”.

A respeito das principais requisições ao serviço social pelos/as usuários/as em situação de rua admitidos/as na emergência do IJF, o campo revelou que muitas

estão para além do ambiente hospitalar, conforme a assistente social 2 (2021) sintetizou, a exemplo da procura por familiares e rede de apoio através da busca por endereço; solicitação de documentação pessoal, tendo em vista que a maioria das pessoas não possui nenhum tipo de documento; encaminhamentos para as políticas públicas, sobretudo para a política de assistência social, em que ocorrem maiores demandas dessa população, e para a própria política de saúde, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a finalidade de tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas.

É válido ressaltar que um grande número de pessoas em situação de rua obtém acesso aos serviços de saúde devido a alguma doença ou agravo à saúde, e não com a visão preventiva de manter os cuidados da saúde. Nessa perspectiva, o acesso à saúde dessas pessoas consiste no aspecto curativo (COHN et al., 2010).

Tendo como base a experiência adquirida como residente do IJF, é bastante recorrente o fato de pessoas em situação de rua serem admitidas na emergência e relatarem não possuir o documento de identidade, por terem perdido ou por nunca terem emitido a referida documentação. Assim, o NUSERV IJF tem uma articulação com a Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biomédicas do Estado do Ceará (CIHPB), que viabiliza a emissão do Registro Geral (RG) para usuários/as internados/as na mencionada unidade de saúde. Esta parceria entre o IJF e a Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biomédicas do Estado do Ceará (CIHPB) possui grande importância, pois a documentação legal é um instrumento de garantia de direitos e acesso às políticas públicas.

Ainda sobre as principais demandas apresentadas pelas pessoas em situação de rua, algumas entrevistadas enfatizaram que muitas vezes são apresentadas demandas objetivas que necessitam de respostas imediatas e o/a assistente social é procurado/a para resolver problemas e atender a algumas requisições, tais como: “Solicitação de roupa para sair, alimentação, abrigo, transporte ou encaminhamento para o Centro Pop” (assistente social 3, 2021). A referida profissional ainda lançou a seguinte problematização: “Quantas vezes temos que tirar dinheiro do próprio bolso para poder contribuir com o transporte ou até mesmo trazer roupas de casa para dar a eles/as?” (assistente social 3, 2021). Contudo, ela mesma apontou que, a partir de tais das questões, é possível realizar uma intervenção de modo a identificar se a pessoa possui vínculo familiar para tentar localizar a família, caso seja a vontade do/a usuário/a, além de possibilitar encaminhamentos.

Segundo Silveira (2012), ratificando a concepção de que cada pessoa tem a sua história de vida e a sua própria maneira de lidar com ela; assim sendo, a autonomia de cada sujeito deve ser preservada e respeitada. Dessa maneira, os encaminhamentos realizados pelos/as assistentes sociais respeitam a autonomia de cada pessoa em situação de rua e dependem muito das demandas e das solicitações que são apresentadas por esse público específico.

Portanto, “[...] verifica-se que a ida e manutenção dessas pessoas no âmbito hospitalar não se direcionam ao desejo pelo autocuidado, mas antes a saciar a fome e a um local de abrigo” (CARVALHO, 2016, p. 196). Nessa perspectiva, as entrevistadas evidenciaram que o fazer profissional tem limites estruturais e, no contexto da urgência e emergência, restringe-se ao espaço do hospital, pois, no momento da alta hospitalar, são realizados os encaminhamentos, seja para o Centro Pop, para o CAPS ou para outra instituição; as participantes da pesquisa apontaram ainda que, após a pessoa sair do hospital, não possuem mais informações sobre ela, a menos que a pessoa em situação de rua seja readmitido/a no IJF. Desse modo, criam um vínculo com o/a usuário/a, mas a dinâmica hospitalar não permite um acompanhamento dessas pessoas.

No cotidiano da emergência hospitalar, o/a assistente social é demandado/a a dar respostas às ocorrências apresentadas pela população em situação de rua e, para isso, necessita utilizar três principais dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim sendo, a assistente social 6 (2021) indicou que, “[...] na verdade, as três dimensões perpassam por nosso fazer profissional em qualquer âmbito de atuação profissional, sendo inerente ao trabalho do/a assistente social”.

Sobre a perspectiva teórico-metodológica, a assistente social 3 (2021) apontou que “[...] devemos ter um olhar sensível e compreender o contexto sócio histórico da pessoa em situação de rua, que é fruto do sistema capitalista”. Sendo assim, entende-se que o fenômeno população em situação de rua configura-se como refração da questão social, sendo fundamental a compreensão da totalidade e dos determinantes que os/as levaram a ter a rua como espaço de moradia, pois é pertinente ir além da aparência dos fatos.

Já sobre a dimensão ético-política, a assistente social 5 (2021) afirmou que “[...] o trabalho deve ser pautado pelo código de ética, e a intervenção com a população em situação de rua requisita a compreensão dos fatos para além da doença”. Portanto, deve-se atuar conforme a direção do Projeto Ético Político da profissão e se posicionar a favor daqueles/as que sofrem com as desigualdades sociais, de forma a efetivar os direitos das pessoas em situação de rua e garantir o acesso aos serviços socioassistenciais e as demais políticas públicas.

Quanto à dimensão técnico-operativa, as assistentes sociais 1 e 3 (2021) declararam que “[...] essa perspectiva corresponde à garantia de direitos ao realizar encaminhamentos e orientações”. Corroborando a mesma ideia, a assistente social 5 (2021) acrescentou que “[...] a dimensão técnico-operativa se dá através dos encaminhamentos, relatórios e instrumentais dispostos no atendimento”. Sobre a dimensão técnico-operativa, consiste na autoimagem da profissão e é o conjunto de formas, instrumentos e técnicas utilizados pelo/a assistente social para intervir nas expressões da questão social (GUERRA, 2017).

De acordo com as entrevistadas, no que tange aos principais procedimentos, técnicas e estratégias empregados pelos/as assistentes sociais do IJF junto às pessoas em situação de rua, estão atendimentos individualizados, entrevistas sociais, preenchimentos da Notificação para Pessoas em Situação de Rua, buscas de possíveis referências familiares, relatórios sociais, além de encaminhamentos sociais, sobretudo para o Centro Pop, para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), para a célula de alta complexidade da Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), com o objetivo de solicitar acolhimento institucional, dentre outros, como é possível identificar no discurso da assistente social 1 (2021) ao afirmar que o Centro Pop é o principal órgão de encaminhamentos, além do CAPS e do CAPS AD.

Nas entrevistas, há relatos de que pessoas em situação de rua fazem uso de álcool e outras drogas. Como resposta, aqueles e aquelas desejam são encaminhados/as para o CAPS AD, inclusive essa é uma das principais questões apontadas por eles/as como motivação para a fragilização ou rompimento do vínculo familiar. Diante dessa, é fundamental a articulação com a política de saúde mental.

Outra articulação é com política de assistência social, para a realização de encaminhamentos para o acesso à rede socioassistencial, como forma de efetivação de direitos das pessoas em situação de rua. Vale destacar a relevância do Centro Pop para o atendimento para o acesso à documentação legal, ao Cadastro Único, programas sociais de transferência de renda, dentre outros serviços.

A assistente social 2 (2021) destacou que “[...] um único encaminhamento pode oportunizar várias possibilidades. Ao ser direcionada para o Centro Pop, a pessoa pode ter acesso à documentação, ter Cadastro Único, receber o Bolsa Família e obter vaga em unidade de acolhimento”.

Assim, consideramos a importância da intersetorialidade na “[...] perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social” (CFESS, 2010, p. 61). No contexto hospitalar, o/a assistente social trabalha numa perspectiva intersetorial, pois se propõe a identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e, assim, busca as respostas para as demandas no âmbito do Estado e da sociedade civil (CFESS, 2010). Nesse sentido, compreende-se que: “[...] saúde é moradia, é assistência, é alimentação, é saneamento básico, e habitação. Como podemos dizer que um ser é saudável se ele não tem tudo isso? Isso tudo é intersetorialidade” (assistente social 3, 2021).

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2).

Ratificando a concepção de intersetorialidade, as assistentes sociais 2, 4, 5 e 6 (2021) ressaltaram que, para dar resolutividade às demandas, é necessária a articulação entre as políticas públicas, principalmente no que se refere às políticas sociais, ou seja, a viabilização de direitos, as políticas de assistência e de habitação, dentre outras. Sem haver a intervenção intersetorial e o diálogo entre o trabalho, a renda e a assistência social com relação aos benefícios socioassistenciais e à necessidade de atenção à saúde, sem dúvidas isso compromete a resolução das demandas apresentadas pelas pessoas em situação de rua. No IJF é comum a articulação com o Ministério Público, núcleos de defesa de direitos e outros órgãos.

Desse modo, há uma conformidade no discurso das entrevistadas quanto à importância da intersetorialidade no trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua, entretanto, destacaram que se deparam no cotidiano profissional com desafios diários para garantir respostas às demandas dessa população, principalmente ao se referir à realização de encaminhamentos, devido à precarização das políticas públicas.

Assim sendo, conforme afirmaram as assistentes sociais 5 e 6 (2021), as principais dificuldades se dão a partir da fragilidade da rede, das políticas públicas de modo geral, mesmo que sejam políticas voltadas para a população em situação de rua, pois não estão adequadas à realidade. Outro fator é o sucateamento da política de assistência social, sendo que essa política pública é fundamental para a garantia de direitos das pessoas em situação de rua, através da oferta de ações e serviços socioassistenciais, no entanto, nos últimos anos vem sendo alvo de desmontes, o que repercute na complexidade em efetivar o acolhimento institucional, pois a oferta de serviços se torna insuficiente para a numerosa população de Fortaleza que demanda atendimento.

Apesar de a Resolução nº 40/2020, que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, garantir a atuação intersetorial entre os serviços do SUS e da assistência social, percebe-se que há uma dificuldade de articulação entre as políticas públicas, sobretudo, entre a política de saúde e a de assistência social e a principal limitação consiste em disponibilidade de vagas em unidades de acolhimento que atendam usuários/as em situação de rua com deficiência, temporária ou permanente em decorrência do agravamento à saúde que sofreu. O referido fato muitas vezes inviabiliza a desospitalização e assim, o paciente não recebe a alta social, apesar de ter recebido a alta médica.

No contexto neoliberal, observa-se um agravamento das expressões da questão social e uma concepção de Estado mínimo nas respostas a tais refrações. Ressaltam-se nessa conjuntura a mercantilização das políticas públicas e a ampliação do assistencialismo (CFESS, 2010). Na prática, isso se expressa em baixos investimentos para as políticas públicas e incentivos às instituições privadas, como as Organizações Não Governamentais (ONGs). Dessa forma, na ausência de respostas das políticas públicas,

a assistente social 3 (2021) enfatizou o seguinte: “[...] às vezes, encaminhamos para as ONGs, como a ONG Família Melhor ou para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS)”.

Para a assistente social 4 (2021), o contexto da pandemia de Covid-19 significou um aumento do número de pessoas em situação de rua admitidas na emergência do IJF, contudo, observou que, no que concerne aos serviços, sobretudo, da política de assistência social, não houve uma ampliação da oferta ocasionando a exponencial burocratização para acessá-los, uma vez que as instituições faziam uma série de exigências, tais como, a solicitação do teste de Covid-19 para permitir que a pessoa em situação de rua fosse encaminhada à unidade de acolhimento. Isto é, configurava-se como negação de direitos a essa população.

Acerca do trabalho do/a assistente social na inserção da equipe multiprofissional no atendimento às pessoas em situação de rua, apesar de incompreensões por parte de algum/as profissionais sobre o fazer profissional do Serviço Social, as entrevistadas reconhecem a grande relevância da intervenção de cada profissional que compõe a equipe multiprofissional, de modo a compreender o/a usuário em sua totalidade, para além da questão clínica, entendendo os fatores condicionantes e determinantes que interferem na saúde dele/a. O/A assistente social inserido/a na equipe multiprofissional “[...] dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência distinta para o encaminhamento das ações” (CFESS, 2010, p. 46). Em vista disso, cada categoria profissional, com base em suas competências, exerce suas ações específicas de forma complementar e integral.

As assistentes sociais 3 e 5 (2021) enfatizaram que o trabalho do serviço social na equipe multiprofissional se dá no sentido de ter uma análise ampliada dos condicionantes da saúde do/a usuário/a para além da ausência de doença. Há, então, a necessidade de que toda a equipe de saúde tenha a compreensão da realidade no que concerne às possíveis causas e consequências, bem como no que se refere à promoção de atendimento humanizado, ao compreender que as pessoas em situação de rua são sujeitas de direitos.

Todavia, referente ao atendimento às pessoas em situação de rua, as entrevistadas apontaram a dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional quanto às reais atribuições e competências profissionais do/a assistente social como um desafio a ser superado. Em conformidade com CFESS (2010), os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde expressam que o/a assistente social enfrenta adversidades em alguns contextos com relação ao seu trabalho, no entendimento de suas reais atribuições e competências por parte das equipes de saúde frente às pressões por respostas às demandas e à fragmentação do trabalho existente.

Nessa perspectiva, no cenário da urgência e emergência, o trabalho em equipe multiprofissional ainda tem muito o que avançar, com vista a superar a

fragmentação do fazer profissional de cada categoria. No ambiente hospitalar, é pertinente destacar que há embates, sobretudo, a respeito da alta médica e da alta social. Na ocasião da alta hospitalar do/a usuário/a em situação de rua, a problemática é que nem sempre a alta médica e a alta social ocorrem simultaneamente. Tal fato propicia, muitas vezes, divergências entre os/as próprios/as profissionais da equipe de saúde, pois há uma exigência que o/a assistente social tenha agilidade na resolução das ocorrências pertinentes ao acolhimento ou ao retorno do/a usuário/a para as famílias.

As assistentes sociais 1, 4, 5 e 6 (2021) relataram que as demandas acerca das pessoas em situação de rua não ocorrem de forma compartilhada entre a equipe multiprofissional, haja vista que, em muitas circunstâncias, a equipe concebe que essas demandas são exclusivas do serviço social, inclusive ao exigir soluções rápidas. Com relação à alta médica e à alta social, as entrevistadas salientaram que, às vezes, não ocorrem no mesmo ritmo e que, quando isso acontece, surgem divergências entre a equipe, pois a alta social ainda não é reconhecida por alguns profissionais. O diálogo com a equipe multiprofissional se torna desafiador, no sentido de que os/as profissionais de outras categorias possam compreender os processos que condicionam a saúde das pessoas, como o acesso à renda, à moradia, à convivência familiar e social, enfim, uma série de situações que implicam no processo de saúde.

O IJF, como equipamento de saúde, possui relações verticalizadas e nota-se que ainda há uma ênfase no modelo de saúde biomédico, tornando o trabalho em equipe multiprofissional desafiador. Desse modo, é possível identificar que a alta social ainda é um desafio para o serviço social na saúde. No tocante à alta médica e à alta social, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde mencionam que devem ocorrer concomitantemente, pois há situações em que o/a usuário/a recebe alta médica sem condições de alta social. Quando isso ocorre, o/a assistente social deve notificar a equipe e registrar sua intervenção no prontuário, no sentido de ratificar o caráter do atendimento em equipe (CFESS, 2010).

Não podemos deixar de mencionar outra problemática apontada pelas entrevistadas, as pessoas em situação de rua ainda sofrem muitos estigmas na emergência hospitalar, seja por parte de profissionais de saúde, seja por outros/as usuários/as do SUS. Nesse sentido, “[...] existe o preconceito e a estigmatização nos atendimentos de saúde construídos e reforçados historicamente pela associação situação de rua/ violência” (CARVALHO, 2016, p. 221). Tal fato decorre de muitas pessoas em situação de rua terem como principal causa de internação no IJF a violência urbana.

As entrevistadas indicaram outra dificuldade que corresponde às próprias condições de trabalho do/a assistente social na emergência, como espaço físico que não garante sigilo durante os atendimentos e sobrecarga de trabalho em face da complexidade das demandas e da grande quantidade de usuários/as. Sobre isso, as assistentes

sociais 2 e 4 (2021) salientaram a dificuldade de garantir o sigilo profissional no momento das entrevistas sociais em decorrência da ausência de um espaço específico para atendimento na própria emergência, o que, muitas vezes, inviabiliza a escuta qualificada, além de inúmeras demandas que, por vezes, impedem um acolhimento adequado. Outro ponto dissertado foi a complexidade em refletir sobre a própria prática profissional devido à dinâmica acelerada do setor.

Por conseguinte, as entrevistadas destacaram algumas possibilidades no trabalho junto às pessoas em situação de rua no IJF quanto ao atendimento das demandas trazidas pelas pessoas por meio de encaminhamentos, articulação com as políticas públicas, identificação de referências familiares com restabelecimento de vínculos, orientações sobre os direitos sociais, análises e construções de projetos de vida, sempre respeitando a autonomia dos/as usuários/as. Quanto a isso, a assistente social 1 (2021) afirmou que é fundamental “[...] ter um olhar diferenciado no atendimento, pois podemos encontrar possibilidades e resoluções para mudança de realidade daquela pessoa, desde o contato e a aproximação com a família e a articulação com instituições por meio de encaminhamentos”.

No contexto do IJF, o/a assistente social, ao trabalhar junto às pessoas em situação de rua, é desafiado/a cotidianamente, porém, ao apreender e decifrar a realidade social, consegue identificar as possibilidades de intervenção, de modo a contribuir na efetivação dos direitos dessas pessoas e com o respeito aos princípios do Código de Ética profissional, como a defesa intransigente dos direitos humanos, reconhecimento da liberdade como valor ético central, recusa do arbítrio e do autoritarismo, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, respeito à diversidade e garantia do pluralismo (BRASIL, 1993a).

CONCLUSÃO

A pesquisa de campo possibilitou uma reflexão crítica sobre o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do IJF. Convém reforçar que essa unidade hospitalar é um reflexo dos fenômenos sociais da cidade de Fortaleza e nela repercutem diversas expressões da questão social inerentes ao capitalismo, por exemplo, a expressiva quantidade de pessoas em situação de rua admitidas, sobretudo, vítimas da violência urbana. Nessa perspectiva, a principal forma de acesso da população de rua aos serviços de saúde ocorre pela atenção terciária, pois demandam atendimentos de alta complexidade em decorrência de agressões físicas, atropelamentos e outros adoecimentos ou agravos à saúde.

Os/as assistentes sociais da emergência do IJF cotidianamente são demandados/as a trabalharem junto às pessoas em situação de rua admitidas no hospital e se deparam com uma série de desafios, tais como: dificuldade de articulação entre as políticas públicas, fragilidade na intersetorialidade e exigência de respostas rápidas às demandas dos/as usuários/as em tela e às requisições

institucionais no tocante à alta hospitalar. Soma-se a isso a falta de compreensão da equipe multiprofissional sobre as reais atribuições e competências do/a assistente social. Além de problemas como, espaço físico inadequado que não garante sigilo profissional e sobrecarga de trabalho.

A partir da análise das entrevistas, foi possível perceber que a fragilidade de articulação das políticas públicas foi apontada como um dos principais desafios para o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua na conjuntura do enfrentamento das expressões da questão social. Assim, enfatizamos a relevância da intersetorialidade, pois é a partir da interlocução entre as políticas públicas que é possível o/a assistente social dar respostas às demandas apresentadas por essa população específica, tendo em vista a efetivação dos direitos das pessoas em situação de rua atendidas no IJF, superando a trajetória histórica de discriminação e de negação de direitos a essas pessoas.

Outro fator apontado foi a inserção do/a assistente social na equipe multiprofissional, pois possibilita aos/as profissionais de saúde a compreensão do/a pessoa em situação de rua para além do aspecto curativo, compreendendo-o/a em sua totalidade e percebendo todos os fatores que interferem nas condições de saúde. Entretanto, o trabalho multiprofissional ainda precisa avançar, considerando o fato de as assistentes sociais terem enfatizado que alguns/mas profissionais de saúde desconhecem as reais atribuições e competências do/a assistente social; além disso, no ambiente hospitalar, ainda há embates, especialmente, sobre a alta médica e a alta social, pois nem sempre acontecem de forma simultânea.

A questão da alta hospitalar é um dispositivo que precisa ser refletido pela equipe multiprofissional com o intuito de que a tomada de decisão seja realizada de forma conjunta, considerando as diferentes competências. As reflexões acerca da alta médica e da alta social dos/as usuários/as demandam encaminhamentos para além do espaço hospitalar e na perspectiva da intersetorialidade entre as políticas públicas.

Na área de Saúde, um dos grandes desafios é a superação do modelo biomédico e das relações de poder que permeiam o cotidiano das instituições. Para mudar essa realidade, é necessária capacitação profissional e diálogo entre os/as profissionais da equipe de saúde, em que a compreensão interdisciplinar das questões relacionadas com o processo saúde-doença prevaleça e a partilha de saberes possa constituir uma prática permeada pela ética e respeito mútuo.

No entanto, é nesse contexto desafiador que as assistentes sociais do IJF apreendem a realidade social e identificam as possibilidades de intervenção por meio de um conjunto de instrumentos e técnicas, respondem às demandas apresentadas pela população de rua no IJF, com respeito à autonomia dos/as usuários/as, conforme o Código de Ética profissional e na afirmação nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão. Desse modo, faz-se necessária uma leitura crítica da realidade para identificar as demandas, considerando os fatores determinantes da saúde, e reconhecer as possibilidades para nela intervir.

Dentre as principais possibilidades em relação ao

trabalho com as pessoas em situação de rua, elencamos: encaminhamentos e articulações com as diversas políticas públicas; momentos reflexivos com os/as usuários/as acerca da construção de novos projetos de vida e a superação da situação de rua; identificação de referências familiares e comunitárias, bem como o restabelecimento de vínculos; e orientações sobre os direitos sociais.

Em síntese, é de grande importância o trabalho do/a assistente social no âmbito no IJF na perspectiva de afirmar a política de saúde e contribuir para o acesso aos direitos sociais pelas pessoas em situação de rua.

Por fim, fazem-se necessárias as discussões e ampliações de debates sobre a atuação do/a assistente social com as pessoas em situação de rua no contexto hospitalar, assim como o diálogo com os/as gestores/as da administração pública visando à articulação em rede e à intersectorialidade entre as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Censo do Sistema Único da Assistência Social (Suas). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.
- BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1993a. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.
- BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 25 jan. 2022.
- BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em 24 jan. 2022.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 23 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 22 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 1993b. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em 24 jan. 2022.
- BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em 24 jan. 2022.
- BRASIL. Pesquisa Nacional para População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.
- BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 jan. 2022.
- BRASIL. Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 dez. 2009c. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em 21 jan. 2022.
- BRASIL. Primeiro Censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2008. Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/C13%20n104%20-%20PRIMEIRO%20CENSO%20E%20PESQUISA%20NACIONAL%20SOBRE%20A%20POPULACAO%20EM%20SITUACAO%20DE%20RUA.pdf>. Acesso em 21 jan. 2022.
- BRASIL. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em 21 jan. 2022.
- BRASIL. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020.

- Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, DF, 5 nov. 2020.
16. BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, E. et al. (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Ministério Saúde, 2006. p. 88-110. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284>. Acesso em 23 jan. 2022.
 17. CARVALHO, Sandra Moreira Costa. População adulta em situação de rua e o acesso à saúde. Rio de Janeiro: Autobiografia, 2016.
 18. CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. In: Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013.
 19. CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. Brasília, DF: 2010.
 20. COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 2010.
 21. FORTALEZA. Cartilha de Políticas Públicas para População em Situação de Rua de Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, 2018. Disponível em https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/cartilha_pop_rua_parte_1.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.
 22. FORTALEZA. Relatório do Censo geral da população em situação de rua da cidade de Fortaleza/Ce - 2021. Fortaleza: Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social - SDHDS, 2022.
 23. GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 45-74.
 24. GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos Santos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017. p. 49-76.
 25. IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. Revista Temporalis, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 9-32, 2001.
 26. IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: BRASIL. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS, 2009. p. 342-375.
 27. LIMA, Daniele da Silva de; MOREIRA, Joana Idayane Silveira; LEMOS, Neubejamia Rocha da Silva. O uso da entrevista no atendimento ao usuário do Serviço Social. In: ALVES, Danielle Coelho; VALE, Erlenia Sobral do; CAMELO, Renata Albuquerque (org.). Instrumentos e técnicas do Serviço Social: desafios cotidianos para a instrumentalidade mediada. Fortaleza: UECE, 2020. p. 359-401.
 28. NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL IJF. Procedimentos Operacionais Padrão (POP 'S). Manual descritivo de tarefas e procedimentos, versão 2.0, setembro de 2020. Procedimentos Operacionais Padrão (POP 'S), [S. l.], setembro/2020.
 29. PINTO, Régia Maria Prado. Trabalho e população em situação de rua: uma análise à luz da questão social no Ceará. 2020. 310 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
 30. SALATA, André Ricardo; RIBEIRO, Marcelo Gomes. Boletim Desigualdade nas Metrópoles: n. 03. Porto Alegre: PUC/RS, 2021. Disponível em https://www.pucrs.br/datasocial/wp-content/uploads/sites/300/2022/07/boletim_desigualdade_nas_metropoles_05.pdf. Acesso em 26 jan. 2022.
 31. SILVA, Maria Lúcia Lopes. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
 32. SILVEIRA, Angélica da. Relato de experiência do serviço social no atendimento à pessoa em situação de rua. In: BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua: atribuições da equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p. 45-47.

RELATO DE CASO

ACESSO DEGLOVING PARA FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL

JÚLIA TAVARES **PALMEIRA**¹; JAYARA FERREIRA **DE AGUIAR**²; CLARICE MAIA SOARES DE ALCÂNTARA **PINTO**³; RICARDO FRANKLIN **GONDIM**⁴; JOSÉ MARIA SAMPAIO **MENEZES JÚNIOR**⁵; ANTÔNIO MONT'ALVERNE **LOPES FILHO**⁶.

1 – Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial – IJF – Fortaleza – Brasil.

2 – Cirurgiã Buco-maxilo-facial - Fortaleza – Brasil.

3 – Doutorado em Clínica Odontológica, com Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – Cirurgiã Buco-maxilo-facial do Instituto Dr. José Frota – Fortaleza – Brasil.

4 – Doutorado em Odontologia com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do IJF – Fortaleza – Brasil.

5 – Mestrado em técnicas clínicas em Odontostomatologia – Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Instituto José Frota - Fortaleza – Brasil.

6 – Mestrado em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial – Cirurgião Buco-maxilo-facial do Instituto Dr. José Frota - Fortaleza – Brasil.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: juliapalmeirabmf@hotmail.com

RESUMO

No que se refere a fraturas de face, muitas são as possibilidades de tratamento. Em relação a traumatismos do terço médio, o acesso coronal é uma das alternativas cirúrgicas mais utilizadas, no entanto possui desvantagens estéticas e trans-operatórias. O acesso Degloving possui vantagens que incluem uma boa exposição operatória associada ao resultado estético eficiente. O objetivo desse artigo é relatar o caso clínico de uma abordagem conservadora e estética em uma paciente com múltiplas fraturas de face de um hospital de emergência. Paciente do sexo feminino, 18 anos, compareceu ao Instituto Doutor José Frota após acidente motociclístico. Ao avaliar o exame de imagem, foi apresentado fratura de parede anterior e posterior do osso frontal, naso-orbita-etmoidal, assoalho orbitário esquerdo e Le Fort II. Como tratamento cirúrgico, foi realizado o acesso Degloving com posterior estabilização da fratura NOE e osteotomia Le Fort I para correção de desocclusão dentária. Ao fim da fixação das fraturas e sutura dos tecidos, foi instalada cânula nasofaríngea em cada narina, fixada com fio nylon 3-0 na columela nasal e posicionada tala gessada em dorso nasal. Portanto a técnica em questão ressalta a sua relevância devido a vantagens que envolvem um bom acesso trans-operatório e o resultado estético posteriormente.

Palavras-chave: Degloving; Procedimentos cirúrgicos operatórios; Traumatismos da Face.

ABSTRACT

With regard to facial fractures, there are many treatment possibilities. Regarding trauma to the middle third, the coronal access is one of the most used surgical alternatives, however it has aesthetic and transoperative disadvantages. The Degloving access has advantages that include good operative exposure associated with an efficient aesthetic result. The aim of this article is to report a clinical case of a conservative and aesthetic approach in a patient with multiple facial fractures in an emergency hospital. Female patient, 18 years old, attended the Instituto Doutor José Frota after a motorcycle accident. When evaluating the imaging exam, a fracture of the anterior and posterior wall of the frontal bone, naso-orbito-ethmoid bone, left orbital floor and Le Fort II was presented. As a surgical treatment, the Degloving access was performed with subsequent stabilization of the NOE fracture and Le Fort I osteotomy to correct dental disocclusion. After fixing the fractures and suturing the tissues, a nasopharyngeal cannula was installed in each nostril and fixed with 3-0 nylon thread in the nasal mushroom and a plastered splint was placed on the nasal dorsum. Therefore, the technique in question emphasizes its relevance due to the advantages that involve a good transoperative access and the aesthetic result later.

Keywords: Degloving; Operative surgical procedures; Facial Trauma.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são um grande problema de saúde pública, representando uma das causas predominantes de mortalidade e morbidade. Segundo um estudo epidemiológico realizado no Instituto Doutor José Frota de 2011 a 2018, 28.9% de fraturas faciais ocorreram após acidentes motociclísticos ⁽¹⁾. O trauma maxilofacial é classificado em lesões que envolvem os terços superior, médio e inferior, podendo ocasionar graves lesões acarretando alterações funcionais e emocionais, bem como sequelas faciais como: perda de projeção facial, amaurose, diplopia, distopia, anosmia, desoclusão dentária, entre outros ⁽²⁾.

O objetivo do tratamento de pacientes com traumas faciais deve ser o reestabelecimento da função e estética. Abordagens modernas são seguras e esteticamente aceitáveis quando realizadas adequadamente, onde o profissional deve realizar a abordagem cirúrgica mais apropriada, otimizando a exposição e aumentando a probabilidade de sucesso do tratamento ⁽³⁾.

O terço médio da face é composto por uma anatomia diversificada e importante. A maxila participa na formação da cavidade oral, órbita e cavidade nasal, além disso, faz a junção da base de crânio com o plano oclusal ⁽⁴⁾. No tocante às atribuições deste complexo destacam-se principalmente a distribuição de forças da mastigação, sobretudo pela presença de pilares faciais responsáveis pelas projeções ântero-posterior e látero-lateral da face e do arcabouço para o globo ocular ⁽⁵⁾.

O acesso degloving tem sido amplamente utilizado no tratamento de tumores de cabeça e pescoço. O papel desta opção em abordagens cirúrgicas dos ossos da face supre a demanda de uma boa exposição operatória associada ao resultado estético satisfatório e otimização do tempo cirúrgico ^(7,8).

O objetivo desse artigo é relatar a realização da técnica “degloving” para acesso ao terço médio com finalidade de osteossíntese em um hospital de emergência em uma paciente com múltiplas fraturas de face.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 18 anos, sem comorbidades ou alergia, compareceu ao serviço de urgência e emergência do Instituto Doutor José Frota, Ceará, após sofrer acidente motociclístico. Ao exame clínico, apresentou: equimose periorbitária bilateral, edema generalizado em terço superior e médio da face, mobilidade da região nasal e maxilar à manipulação e desoclusão dentária (**Figura 1**).



Figura 1. Aspecto clínico pré-operatório.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após regressão do edema facial, ainda se observou na reavaliação: acuidade visual e motilidade ocular preservadas, distopia ocular, aplainamento da região frontal e nasal e a paciente relatava anosmia. Ao exame de imagem, apresentou: fratura da parede anterior e posterior do osso frontal, naso-órbito-etmoidal (NOE), assoalho orbitário esquerdo e LE FORT II (**Figura 2**).

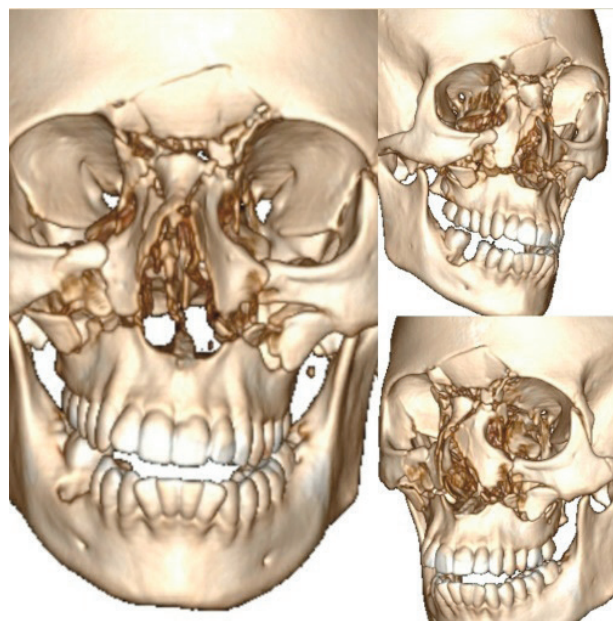


Figura 2. Tomografia 3D pré-operatória.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após solicitação dos exames hematológicos e regressão do edema, a paciente foi submetida a cirurgia em centro cirúrgico sob anestesia geral, por intubação via oral e em seguida, realizada derivação submentoniana. Após nova degermação intra e extraoral, aposição dos campos cirúrgicos estéreis, foi realizada a proteção do globo ocular com tarsorrafia e infiltração com lidocaína 2% e epinefrina 1:100.000 em áreas de acesso. Para acesso às fraturas, foi realizado acesso degloving de maxila, acesso intranasal e

acesso intra-oral (**Figura 3**).

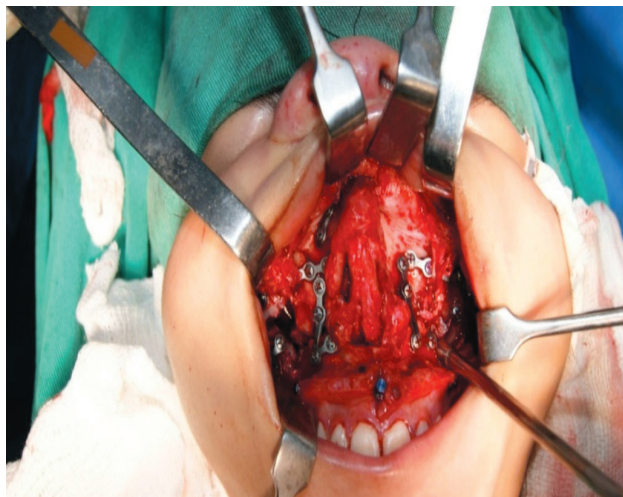


Figura 3. Aspecto clínico trans-cirúrgico.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Em seguida, foi realizada a dissecação dos tecidos para exposição dos traços das fraturas da região: frontal, NOE, maxila e do complexo órbito-zigomático-maxilar (COZM) bilateralmente; iniciando com estabilização da fratura NOE com placas de titânio e posteriormente foi realizada osteotomia LE FORT I com serra recíprocante, bloqueio maxilo-mandibular, com parafusos de bloqueio e fio de aço, e fixação das fraturas maxilares e da região zigomática (**Figura 4**). Ao fim da fixação das fraturas e sutura dos tecidos, foi instalada cânula nasofaríngea em cada narina, fixada com fio nylon 3-0 na columela nasal e posicionada tala gessada em dorso nasal melhorando a respiração no pós-operatório (**Figura 5**).



Figura 4. Oclusão final pós-operatória

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

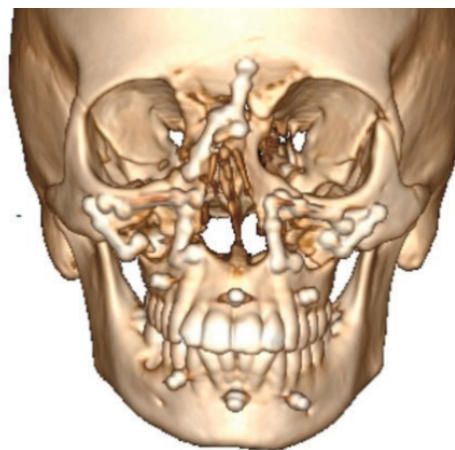


Figura 5. Tomografia 3D pós-operatória.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

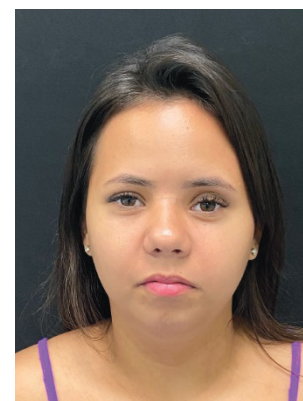


Figura 6. Aspecto clínico pós-operatório no primeiro pós-cirúrgico (A) e no segundo pós-cirúrgico (B).

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após 06 meses, a paciente foi submetida ao segundo tempo cirúrgico para correção do assoalho orbitário esquerdo, por acesso em fundo de vestibulo maxilar com osteotomia em parede anterior de seio maxilar para fixação com tela de titânio. A paciente evolui no seu pós-operatório com permeabilidade nasal mantida, sem queixas oculares com movimentação preservada, contorno nasal restituído e oclusão dentária restabelecida em classe I, e no exame de imagem, as placas de fixação permanecem em posição (**Figura 6**).

DISCUSSÃO

Um objetivo importante do tratamento de fraturas faciais é reconstruir a aparência facial ao seu estado anterior. Portanto, é importante escolher uma abordagem apropriada que exponha o local da fratura⁽⁸⁾.

Apesar de muito progresso, a abordagem cirúrgica das fraturas NOE ou Le Fort II que exigem acesso extenso permaneceu praticamente inalterada. A abordagem coronal continua sendo o padrão-ouro para fraturas NOE complicadas. No entanto, tem risco de complicações como parestesia no couro cabeludo, alopecia, hematomas e tempo cirúrgico extenso^(9,10). Além disso, se a fratura envolver

o terço médio, a incisão coronal pode não ser suficiente para alcançar o resultado desejado, necessitando de acessos adicionais para o tratamento das demais fraturas ⁽¹¹⁾.

A técnica degloving supre a maioria dessas demandas, apesar de ser uma técnica que demanda uma maior habilidade do cirurgião devido ao acesso por via intra-nasal ser limitado e a estruturas anatômicas pouco exploradas pela especialidade no dia a dia. O acesso fornece uma ampla exposição do campo cirúrgico principalmente no terço médio da face que envolve a região Naso-Orbita-Etmoidal (NOE) e o complexo zigomático, permitindo maiores possibilidades de fixação interna rígida em áreas pouco acessíveis pelo acesso coronal. Além disso, a técnica permite que não haja cicatrizes externas, através de incisões intranasais e transorais. Não obstante, oferece a vantagem de risco mínimo de danos a estruturas nobres e baixo índice de complicações ^(10,11). No caso apresentado obteve uma excelente aplicabilidade, devido à paciente ser jovem e demandar um número maior de pontos de fixação devido à complexidade das fraturas em terço médio. A técnica ressalta a integridade da autoestima, pois envolve a não exposição de cicatrizes visíveis em face, o que gerou grande satisfação pela paciente abordada.

O acesso degloving também é útil para correções nasais em narizes deprimidos e curtos, pois é necessário um descolamento extenso da região paranasal para obter espaço suficiente para o aumento nasal. O dorso nasal pode ser facilmente elevado com enxerto ósseo e o tamanho do enxerto pode ser raspado, controlado e estabilizado por miniplaca ou parafusos ^(11,12). O caso em questão, mesmo envolvendo o complexo naso-orbita-etmoidal, não necessitou de enxertia óssea pois a fratura não gerou aplainamento do dorso nasal e esteticamente não ocasionava incômodo à paciente, sendo colocadas apenas no trans-cirúrgico as cânulas nasofaríngeas para manutenção da integridade do septo nasal e maior conforto respiratório no pós-operatório.

As complicações associadas à abordagem degloving são distorção da cartilagem nasal, estenose do vestibulo nasal, comunicação oro-nasal e lesão do nervo infraorbitário. As complicações nasais podem ser evitadas pela dissecação cuidadosa ao redor das cartilagens e reaproximação meticulosa da mucosa nasal. Um fechamento em camadas da incisão vestibular minimiza quaisquer complicações relacionadas ao seio. A estenose do nariz é muitas vezes considerada uma desvantagem do procedimento, no entanto, essa complicação pode ser evitada se as incisões nasais forem suturadas com precisão ⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Portanto, o acesso “degloving” ao terço médio facial apesar de exigir por parte do cirurgião uma maior habilidade técnica, é uma abordagem que apresenta múltiplas vantagens com aplicabilidades que podem variar em osteotomias orbitonasais, alongamentos nasais, correções do telecanto e zigomáticas como abordagem alternativa para incisões locais e coronais. Salientando assim a importância de uma técnica que possui vantagem em ganho estético e com mínima morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ACGS, Santana D, Pinheiro LHA, et al. Epidemiologia do traumatismo de face do instituto Doutor José Frota no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011. *Revista Científica do Instituto Doutor José Frota*. 2013; 20(19): 30-37.
2. Vujcich N, Gebauer D. Tendências atuais e em evolução no tratamento das fraturas faciais. *Australian Dental Journal*. 2018; 63(1): 35-37.
3. Vrinceanu D, Banica B. Principios do Tratamento Cirúrgico no Trauma da Face Média - Teoria e Prática. *Maedica Journal of Clinical Medicine*. 2014; 9(4): 361-366.
4. Matthew L, Agrawal N, Truong TA. Midface Fractures II. *Semin Plast Surg* 2017; 31:94- 99.
5. Tugaineyo, EI., Odhiambo, WA., Akama, MK., et al.. A etiology, pattern and management of oral and maxillofacial injuries at mulago national referral hospital. *East African Medical Journal*. 2012; 89(11): 351-358.
6. Frodel JL, Marentietje LJ. The coronal approach. Anatomic and technical considerations and morbidity. *Archives of Otolaryngology Head Neck Surg* 1993;119:201-207.
7. Parameswaran A, Jayakumar NK, Ramanathan M, et al. Mid-Face Degloving: An Alternate Approach to Extended Osteotomies of the Midface. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2018; 28(1):245-247.
8. Baril SE, Yoon MK. Naso-orbita-ethmoidal (NOE) fractures: a review. *International Ophthalmology Clinics*. 2013;53:149-55.
9. Roden KS, Tong W, Surrusco M, et al. Changing characteristics of facial fractures treated at a regional, level 1 trauma center, from 2005 to 2010: an assessment of patient demographics, referral patterns, etiology of injury, anatomic location, and clinical outcomes. *Annals of Plastic Surgery*. 2012;68:461-6.
10. Buchanan EP, Hopper RA, Suver DW, et al. Zygomaticomaxillary complex fractures and their association with naso-orbita-ethmoid fractures: a 5-year review. *Plastic and Reconstruction Surgery*. 2012;130:1296-304.
11. Biswas AC, Ahmed F, Rahman AL, et al. Mid Facial Degloving Procedure: Managing A Case of Multiple Mid Face Fractures with Significant External Deformity. *Bangladesh Journal Otorhinolaryngology*. 2015; 21(1):51-56.
12. Pangarikar A, Umamaheswari G, Parab P. Versatile midfacial degloving approach in oral and maxillofacial surgery. *Journal Korean Association Oral Maxillofacial Surgery*. 2019;45(4): 92-198.
13. Zachariah T, Neelakandan RS. Utility of the Midface Degloving Approach for Extended Exposure in Maxillary Pathologies. *Journal of Maxillofacial Oral Surgery*. 2020; 19(2): 217-224.

RELATO DE CASO

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM SEIO MAXILAR

DIEGO LEARTH LIMA¹; JOSFRAN DA SILVA FERREIRA FILHO¹; RICARDO FRANKLIN GONDIM¹; JOSÉ MARIA SAMPAIO MENEZES JUNIOR¹; RAFAEL LINARD AVELAR¹.

1 – Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Doutor José Frota, Fortaleza – Ceará, Brasil.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: diegoearth95@gmail.com.

RESUMO

Trata-se de um trabalho retrospectivo observacional do relato do caso clínico de março de 2022, em que o paciente do sexo masculino, 33 anos, compareceu a um serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial, com histórico de trauma de face oriundo de ferimento por arma de fogo com queixa principal: obstrução nasal e dor espontânea associada a drenagem purulenta via cavidade nasal direita, apresentando parestesia em região infraorbitária e paranasal direita, porém ausência de ferimento de entrada ou de saída do projétil. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou um corpo estranho hiperdenso com características metálicas compatível com projétil de arma de fogo (PAF) em seio maxilar direito. Visto queixas clínicas do paciente, a conduta proposta para tratamento identifica-se pela remoção cirúrgica do PAF, sob anestesia geral, e sinusectomia maxilar direita. O paciente evolui sem complicações ou queixas clínicas, permanecendo em acompanhamento clínico e radiográfico durante 7 meses, evidenciando consolidação óssea, seios maxilares pervios, abertura bucal satisfatória e sem sinais clínico-imaginalógicos de sinusite maxilar. O tratamento cirúrgico para remoção de corpos estranhos em face compatibiliza-se como conduta indicada para obtenção de resultados satisfatórios quando comparado ao tratamento conservador.

Palavras-chave: Traumatismo craniano penetrante; Seio maxilar; Reação a corpo estranho.

ABSTRACT

This is a retrospective observational study of the March 2022 clinical case report, in which the male patient, 33 years old, attended an Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology service, with a history of facial trauma from gunshot wound with main complaint: nasal obstruction and spontaneous pain associated with purulent drainage via the right nasal cavity, with paresthesia in the infraorbital and right paranasal region, but no bullet entry or exit wound. Cranial computed tomography showed a hyperdense foreign body with metallic characteristics compatible with a firearm projectile (FAP) in the right maxillary sinus. Considering the patient's clinical complaints, the proposed conduct for treatment is identified by surgical removal of the FAP, under general anesthesia, and right maxillary sinusectomy. The patient evolves without complications or clinical complaints, remaining in clinical and radiographic follow-up for 7 months, showing bone consolidation, pervious maxillary sinuses, satisfactory mouth opening and no clinical-imaginological signs of maxillary sinusitis. Surgical treatment for removal of foreign bodies on the face is compatible with the recommended approach to obtain satisfactory results when compared to conservative treatment.

Keywords: Penetrating head injury; maxillary sinus; Foreign body reaction.

INTRODUÇÃO

As lesões por armas de fogo infligidas em região maxilofacial frequentemente afetam estruturas adjacentes do crânio e do pescoço. Em critérios atuais, a cabeça, face e pescoço são considerados separadamente no contexto de trauma balístico, justificando-se pela complexa anatomia e articulação das estruturas bucomaxilofaciais resultando em diferentes padrões de lesão, que também são um desafio de reproduzir em modelos balísticos de estudo ⁽¹⁾. Como resultado dessas dificuldades, há um número limitado de estudos experimentais que investigam os mecanismos das disfunções maxilofaciais, lesões por projéteis, em contraste com a extensa literatura que justifica diversas modalidades de tratamento. O tecido ósseo oferece maior resistência a penetração em comparação com tecidos moles devido a sua dureza, além de sua maior densidade e força. Com impactos ósseos, tanto o efeito retardador na penetração missil e o potencial de transferência de energia são marcados ⁽²⁾.

Os fatores críticos para lesões são a capacidade limitada do tecido ósseo para absorver a energia do impacto sem fraturar e a dureza do osso cortical, que determina a extensão e propagação da fratura. Além disso, evidências recentes sugerem que existem semelhanças entre fraturas balísticas no osso e vidro, indicando que sob a energia transferida do ato de disparo para as lesões balísticas, o osso se comporta como um material frágil ^(2,3). A questão de quando tratar ferimentos maxilofaciais por arma de fogo em relação ao momento (precoce ou tardio) permanece uma questão de debate. Embora nem todas as lesões por projéteis por arma de fogo (PAF) maxilofaciais possam ser tratadas de forma abrangente no início, existem lesões que possam ⁽³⁾.

RELATO DE CASO

O trabalho em questão relata o caso de um paciente, de forma descritiva e qualitativa (Pereira, et al., 2018), portador de trauma maxilofacial por projétil de arma de fogo, com o objetivo de detalhar o procedimento cirúrgico de remoção do projétil, sendo autorizado pelo paciente por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado em linguagem fácil para obtenção do conhecimento acerca do destino das informações pessoais colhidas além dos riscos e benefícios para tal.

O presente estudo tem por objetivo oferecer uma breve revisão da literatura, por meio da busca de artigos científicos e estudos de caso, sobre os métodos de diagnóstico e de tratamento clínico para projéteis retidos em seio maxilar.

Paciente do sexo masculino, 33 anos, compareceu a um serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial, com histórico de trauma de face oriundo de ferimento por arma de fogo, apresentando dois momentos de admissão hospitalar: no momento do trauma, o paciente apresentou-se eupneico em ar ambiente, orientado e verbalizando portando edema em hemiface direita, equimose periorbital direita e histórico de epistaxe, evidenciando ferimento de entrada em região

do complexo zigomático maxilar direito em reparo e sem ferimento de saída identificado (**Figura 1**); a tomografia computadorizada (TC) evidenciou fratura cominuída em complexo zigomático-maxilar direito com artefato hiperdenso de formato compatível com PAF alojado em seio maxilar direito (**Figura 2**), porém sem repercussão clínica ou funcional que justificasse a abordagem cirúrgica de urgência, compatibilizando o manejo conservador ao referido paciente.



Figura 1. Imagem pré-operatória.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Dois meses após alta hospitalar, o paciente retorna ao serviço com queixa principal: obstrução nasal e dor espontânea associada a drenagem purulenta via cavidade nasal direita, apresentando parestesia em região infraorbitária e paranasal direita, porém ausência de ferimento de entrada ou de saída do projétil.

A tomografia computadorizada de crânio evidenciou o corpo estranho hiperdenso com características metálicas compatível com projétil de arma de fogo (PAF) em seio maxilar direito circunscrito por coleção hipodensa compatível com tecido granulomatoso cicatricial oriundo da mucosa sinusal direita (**Figura 3**).

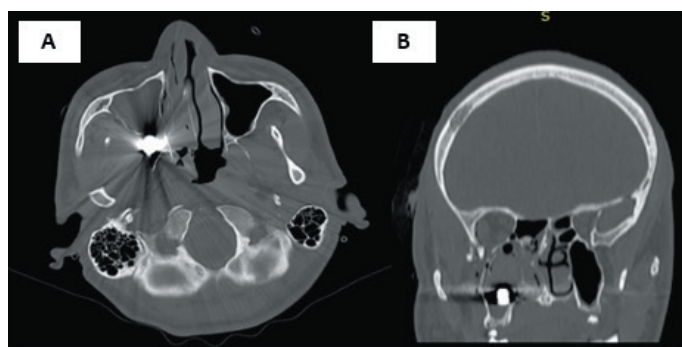


Figura 2. Imagem “A” mostra corte axial e imagem “B” mostra reconstrução coronal, imagem relacionada a localização do projétil no interior do seio maxilar direito.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Visto queixas clínicas do paciente, a conduta proposta para tratamento identifica-se pela remoção cirúrgica do PAF, sob anestesia geral, acesso pela técnica de Caldwell-Luc, realizando a abertura da parede anterior do seio maxilar para remoção do projétil e sinusectomia maxilar direita (**Figura 4**). O paciente evolui sem complicações ou queixas clínicas, solicitada tomografia computadorizada pós-operatória, onde se observou a ausência de projétil (**Figura 5**), o paciente permaneceu em acompanhamento clínico e radiográfico durante 7 meses, evidenciando consolidação óssea, seios maxilares pérvios, abertura bucal satisfatória e sem sinais clínico-imagiológicos de sinusite maxilar.



Figura 3. Tomografia evidenciando projétil de arma de fogo (PAF) em seio maxilar direito circunscrito por coleção hipodensa compatível com tecido granulomatoso cicatricial oriundo da mucosa sinusal direita

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

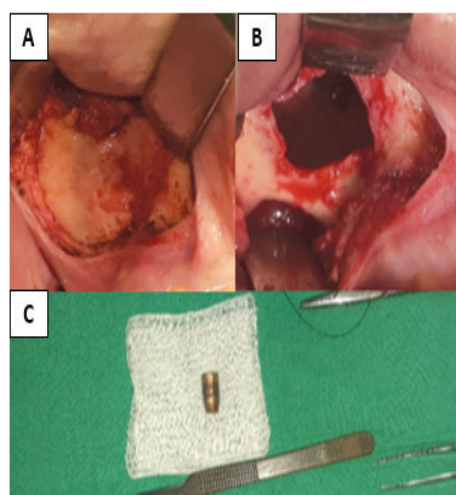


Figura 4. A, B: Etapas cirúrgicas da técnica de Caldwell-Luc. C. Projétil removido.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

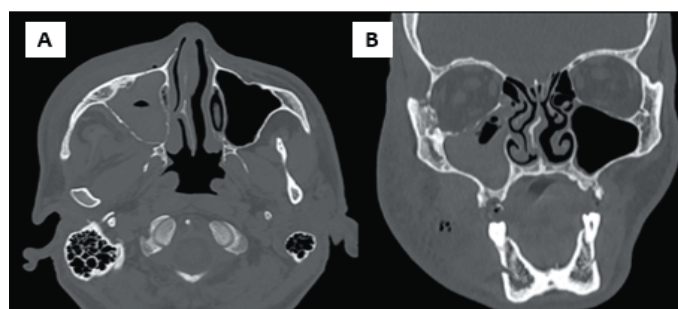


Figura 5. Imagem “A” mostra corte axial e imagem “B” mostra reconstrução coronal, imagem pós operatória .

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

Um tópico importante do tratamento de fraturas faciais por arma de fogo é decidir o momento certo de intervir cirurgicamente. Portanto, é necessário que o profissional escolha quando abordar de maneira imediata ou tardia ⁽⁴⁾.

Apesar de muito progresso na literatura, a escolha de quando abordar cirurgicamente lesões por projeteis, permanece ainda em debate nos tempos atuais. O tratamento definitivo é muitas vezes adiado em pacientes com lesões múltiplas ou lesões mais graves, o comprometimento das vias aéreas é o mais frequente e mais ameaçador à vida. A realização da tomografia computadorizada continua sendo o método mais útil na avaliação desses tipos de lesões e em lesões da coluna cervical associadas ⁽⁵⁾. Quando optado por tratar uma lesão penetrante por arma de fogo, os seguintes fatores devem ser avaliados: localização, profundidade do objeto penetrante, tipo de objeto estranho, estruturas anatómicas próximas e a quantidade de lesão nos tecidos duros e moles. O plano cirúrgico deve envolver a via mais simples para remoção do projétil que geralmente é através da ferida de entrada e o trajeto criado pelo objeto ^(5,6).

Quando abordado de maneira tardia, alguns pontos devem ser considerados: novos exames de imagem devem ser realizados para descartar possíveis movimentações do projétil e se há infecção presente. Infecção é comum em casos de projéteis de arma de fogo, porque esses corpos estranhos são tipicamente não estéreis e atua como nicho para vários microrganismos; Nesses casos, a antibioticoterapia deve ser adotada para minimizar o risco de complicações pós-operatórias. A maioria das drogas comumente usadas em tais casos são penicilinas juntamente com antibióticos beta-lactâmicos, cefalosporinas de segunda geração ^(7,8).

A retenção de projéteis de arma de fogo nos tecidos pode causar sérias complicações, pois a presença do projétil nos tecidos dificulta o processo de cicatrização da lesão devido à corrosão do projétil causada por metais presentes no objeto, que sofrem oxidação eletroquímica por fluidos corporais, levando, assim, a um quadro de infecção ⁽⁹⁾. No presente caso, a decisão de remoção do projétil baseou-se no quadro de infecção do paciente após conduta conservadora.

A técnica de Caldwell-Luc é a mais descrita na literatura para o tratamento de alterações no seio maxilar, principalmente em casos de remoção de corpos estranhos, pois oferece amplo espaço para o procedimento. A técnica se baseia na ostectomia de parte da parede anterior do seio maxilar, através da qual o protétio é removido e posterior curetagem da mucosa do seio infectado é realizada. Apesar dos frequentes relatos na literatura de complicações associadas ao procedimento, como assimetria facial, dacriocistite, lesão nervosa, desvitalização dentária e fistula oroantral, os estudos evidenciam que essas morbidades estão muitas vezes relacionadas a inexperiência do profissional ⁽¹⁰⁾. A abordagem Caldwell-Luc foi optada no presente caso, facilitando acesso ao sítio do projétil e sua remoção, o paciente do caso evoluiu sem complicações relacionadas ao seio.

CONCLUSÃO

As fraturas maxilofaciais oriundas de PAFs mantêm-se como um desafio ao profissional atuante em serviços de saúde pública no que diz respeito ao pronto-atendimento, pois portam-se como um dos traumas de face mais complexos no quesito estético-funcional, urgindo condutas em curto período pós-trauma. A presença de projéteis no seio maxilar é um evento pouco frequente e que pode causar alterações sistêmicas.

Portanto, quando um corpo estranho é detectado, onde não se observa repercussão clínica ou funcional o tratamento conservado associado a acompanhamento pode ser adotado. Quando se optado por intervenção cirúrgica o acesso pela técnica de Caldwell-Luc se apresenta como melhor escolha, pois fornece um campo adequado para a remoção de corpos estranhos dentro do seio maxilar.

REFERÊNCIAS

1. GLÄSKER S, VERGAUWEN E, KOCH, SC, et al. Von Hippel-Lindau Disease: Current Chelenges and Future Prospects. *Onco Targets Ther*. 2020 Jun;13:5669-5690.
2. SHANBHOUE KP, HOCH M, FATTERPAKER G, et al. Von Hippel-Lindau Disease: review of genetics and imaging. *Radiol Clin North Am*. 2016 May;54(3):409-422.
3. LEUNG RS, BISWAS SV, DUNCAN M, RANKIN S. Imaging features of von Hippel-Lindau disease. *Radiographics*. 2008;28(1):65-79.
4. VARSHNEY N, KEBEDE AA, OWUSU-DAPAAH H, et al. A review of Von Hippel-Lindau Syndrome. *J Kidney Cancer VHL*. 2017;4(3):20-29.
5. LANDRY CS, WAGUESPACK S, PERRIER ND. Surgical management of nonmultiple endocrine neoplasia endocrinopathies: state-of-the-art review. *Surg Clin North Am*. 2009 Oct;89(5):1069-1089.
6. KARSDORP N, ELDERSON A, WITTEBOL-POST D, et al. Von Hippel-Lindau disease: new strategies in early detection and treatment. *Am J Med* 1994 Aug;97(2):158-68.
7. BINDERUP MLM. Von Hippel-Lindau disease: Diagnosis and factors influencing disease outcome. *Dan Med J*. 2018 Mar; 65(3):B5461.
8. RICHARD S, PARKER F, AGHAKHANI N, et al. Maladie de von Hippel-Lindau: progrès génétiques et cliniques récents [Von Hippel-Lindau disease: recent advances in genetics and clinical management]. *J Neuroradiol*. 2005 Jun;32(3):157-167.
9. GANESHAN D, MENIAS CO, SANDRASEGARAN K, et al. Tumors in von Hippel-Lindau syndrome: from head to toe – comprehensive state-of-the-art review. *Radiographics*. 2018 May-Jun;38(3):849-866.
10. NORDSTROM-O'BRIEN M, VAN DER LUIJT RB, VAN ROOIJEN E, et al. Genetic analysis of von Hippel-Lindau disease. *Hum Mutat*. 2010 May;31(5):521-537.
11. MAHER ER, SANDFORD RN. Von Hippel-Lindau disease: an update. *Curr Genet Med Rep*. 2019 Nov;7:227-235.
12. WOODWARD ER, MAHER ER. Von Hippel-Lindau disease and endocrine tumour susceptibility. *Endocr Relat Cancer*. 2006 Jun;13(2):415-425.
13. GOUVEIA S, RIBEIRO C, PAIVA S, et al. Doença de von Hipell-Lindau: da etiopatogenia ao tratamento. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2012;7(2):28-35.
14. SHUIN T, YAMASAKI I, TAMURA K, et al. Von Hippel-Lindau disease: molecular pathological basis, clinical criteria, genetic testing, clinical features of tumors and treatment. *Jpn J Clin Oncol*. 2006 Jun;36(6):337-343.
15. CRESPIGIO J, BERBEL LCL, DIAS MA, et al. Von Hippel-Lindau diseases: a single gene, several hereditary tumors. *J Endocrinol Invest*. 2018 Jan;41(1):21-31. Epub 2017 jun 6.

ANAIS DA XII JORNADA DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL/I JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DO IJF

Coordenação geral

- Ivone Azevedo Benevides – Chefe do NUFISIO

Comissão organizadora

- Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva – Fisioterapeuta do IJF
- Renata Barreira Pinto – Coordenadora da Assessoria do Centro de Estudos e Pesquisas do IJF
- Nilce Almino de Freitas – Coordenadora da Educação Permanente do NUFISIO/IJF
- Lenise Castelo Branco Camurça Fernandes – Coordenadora da Fisioterapia na UTI do IJF
- Maria Rivênia Araújo Pinto – Fisioterapeuta do IJF
- Danyell Gonçalves Leite – Fisioterapeuta do IJF
- Ana Irene Carlos de Medeiros – Fisioterapeuta do IJF
- Andrea Mazza Belieiro – Fisioterapeuta do IJF
- Mariana Lima Fernandes – Fisioterapeuta do IJF
- Tannara Patrícia Costa Machado – Fisioterapeuta do IJF
- Patrícia Mara Lima Pinheiro Torres – Fisioterapeuta do IJF
- Raíssa Magalhães de Almeida – Fisioterapeuta do IJF
- Marjorie Araújo Carvalho Albuquerque – Terapeuta Ocupacional do IJF
- Márcia Andrea Rodrigues de Carvalho – Terapeuta Ocupacional do IJF
- Samylla Maria de Oliveira Araújo – Fonoaudióloga do IJF
- Lara Brito Siebra de Carvalho – Fonoaudióloga do IJF

Comissão científica

- Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva – Fisioterapeuta do IJF
- Renata Barreira Pinto – Coordenadora da Assessoria do Centro de Estudos e Pesquisas do IJF
- Nilce Almino de Freitas – Coordenadora da Educação Permanente do NUFISIO/IJF
- Andrea Mazza Belieiro – Fisioterapeuta do IJF
- Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira – Fisioterapeuta do IJF
- Eriza de Oliveira Parente – Fisioterapeuta do IJF
- Nádia de Sousa Sales – Fisioterapeuta do IJF

RESUMOS APROVADOS NO EVENTO

ATUAÇÃO INTEGRADA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Matos Pirote Rodrigues¹; Jessica Alves de Figueiredo²

1 - Fonoaudióloga, Mestranda – Universidade Federal do Ceará

2 - Terapeuta Ocupacional, Especialista em Neurologia e Neurocirurgia – Hospital Geral de Fortaleza

Autor correspondente: camilamatos0803@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à criticidade da internação, o paciente requer maior atenção e monitoramento. O paciente com disfagia possui em média um aumento de 40% do tempo de internação e risco de 13% de evoluir a óbito em relação ao não disfágico. Com base nestes dados, a avaliação da deglutição deve ser realizada de forma a identificar e prevenir os riscos de forma eficaz. Para isto, é importante a integração da equipe multiprofissional, com intuito de avaliar, diagnosticar e realizar ações que minimizem os riscos relacionados a deglutição e comunicação. **OBJETIVO:** Descrever a experiência multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital em Fortaleza - Ceará, durante o mês de setembro de 2022. **RESULTADOS:** A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento frequente na UTI, podendo causar alterações no processo de deglutição e comunicação do paciente. A fim de minimizar as consequências e reduzir os riscos, durante os atendimentos foram realizadas estratégias integradas que facilitaram a abordagem multiprofissional, como a utilização de pranchas de comunicação, realização de adaptações, estimulações sensoriais e cognitivas. **CONCLUSÃO:** Pode-se considerar que a atuação fonoaudiológica associada a terapia ocupacional, corroborou para a facilitação da comunicação e redução de riscos relacionados à broncoaspiração e comunicação.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Terapia ocupacional; Hospitalização.

CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jessica Alves de Figueiredo¹; Camila Matos Pirote Rodrigues²

1 - Terapeuta Ocupacional, Especialista em Neurologia e Neurocirurgia – Hospital Geral de Fortaleza

2 - Fonoaudióloga, Mestranda – Universidade Federal do Ceará

Autor correspondente: camilamatos0803@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: De acordo com a Organização Mundial de Saúde: o Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sejam estes adultos ou crianças, e de suas famílias que enfrentam os problemas ocasionados por doenças potencialmente fatais, por meio da identificação precoce, da avaliação e tratamento da dor e outros sintomas associados, previne e alivia o sofrimento dos sintomas físicos, psicossociais ou espirituais. **OBJETIVO:** Relatar as experiências no setor de CP em um hospital de referência na cidade de Fortaleza/Ce. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada no setor de CP do Hospital Geral de Fortaleza durante o mês de fevereiro de 2022. **RESULTADOS:** Os CP se utilizam de uma abordagem multiprofissional para dar suporte às necessidades do paciente e de seus familiares, tendo como principais objetivos garantir o alívio da dor e de outros sintomas que possam causar sofrimento, assim como, favorecer que os pacientes possam viver com a maior qualidade de vida, buscando sempre integrar os aspectos psicológicos e espirituais, enquanto for possível, até o momento da morte. A atuação se deu através de visitas beira-leito, reuniões de discussões de casos clínicos, conferências familiares e encontros teóricos. **CONCLUSÃO:** A vivência na equipe de CP permitiu enxergar as possibilidades de atuação frente ao alívio do sofrimento do paciente, nos aspectos físicos, psicossociais e espirituais, além de prestar maior qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Luto; Hospitalização.

ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, SONO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS

Jean Lucas Vasconcelos Siqueira¹; Brenno Lucas Rodrigues da Silveira^{1a}; Karine Helena Soares Rodrigues¹;
Jean Charles Bezerra Teixeira Filho¹

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 – Fisioterapeuta, Especialista em Osteopatia - Centro Universitário Christus

Autor correspondente: jeanvasconcelos50@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A prática de atividade física influencia diretamente no processo de envelhecimento saudável. O estilo de vida ativo proporciona uma melhor qualidade de vida, a qual é influenciada por fatores multidimensionais. **OBJETIVO:** Buscar na literatura artigos que abordassem a associação entre a qualidade de vida, prática de atividade física e qualidade do sono em pessoas idosas. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura em que foi utilizado a base de dados PubMed e Scielo. Foi realizada a combinação dos seguintes Palavras-chave em Ciências da Saúde (DeCS): “Quality of Life”, “Sleep Quality”, “Aged” e “Exercise”, utilizando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão se basearam em artigos que estivessem no idioma português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos e que possuísem informações a respeito da associação entre a qualidade de vida, prática de atividade física e qualidade do sono em pessoas idosas. **RESULTADOS:** Ao final do processo de buscas, foram encontrados 626 artigos, sendo excluídos aqueles que não se encaixavam no tema proposto. Desta forma, 29 artigos foram selecionados para a leitura completa, restando apenas 13 para compor esta revisão. De acordo com as informações encontradas, foi possível constatar que o sono e a atividade física possuem relação significativa na qualidade de vida. Os estudos sugerem que a prática adequada de exercício físico tem grande relação com o nível de ansiedade e na qualidade do sono. Apesar disso, os estudos nem sempre mostram resultados semelhantes. Um artigo mostrou que a qualidade do sono influenciou indiretamente na qualidade de vida. Entretanto, a atividade física e a qualidade do sono não tiveram influência direta na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, é notável que a qualidade de vida tem grande relação com a qualidade do sono e a prática de atividade física nas pessoas idosas.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Qualidade do sono; Envelhecimento; Exercício.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA FUNCIONALIDADE DO PACIENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mariana de Sousa Teles¹; Kamilly Matos Praciano¹; Marcelle Ferreira Moura²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre em Ciências Fisiológicas, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: marianadesousateles@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A esclerose múltipla está entre as mais vulneráveis doenças neurológicas, afetando o sistema nervoso central, podendo ocorrer múltiplas lesões espalhadas ou envolver grandes áreas do encéfalo e/ ou da medula espinhal. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia dos métodos terapêuticos visando a funcionalidade de portadores da doença. **MÉTODOS:** Foi realizado uma revisão de literatura nas bases de dados: scielo e pubmed, publicados no período de 2010 à 2019. **RESULTADOS:** Foram selecionados 10 artigos que preenchiam os critérios propostos durante a pesquisa, apontando que o tratamento fisioterapêutico deve ser planejado em torno das necessidades de cada indivíduo. Na fase aguda, os exercícios devem ser mais passivos, as pausas de recuperação mais longas, amplitudes de movimento mantidas, evitando complicações secundárias. Na remissiva os exercícios ativos devem ser mais intensos, mas sempre intercalados por pausas de recuperação. É importante a realização de técnicas e recursos visando a melhora das crises e cinético-funcional dos pacientes. A hidroterapia tem como recurso terapêutico, fazer com que o paciente tenha o menor esforço possível, onde a água evita o aumento da temperatura corpórea na hora da prática. Observou-se que exercícios onde exija um menor gasto calórico são eficazes, diminuindo a fadiga. **CONCLUSÃO:** A fisioterapia de acordo com o estudo se mostrou importante no tratamento da esclerose múltipla que apresentou melhora nos principais sintomas e controle dos surtos. A maioria dos estudos são realizados em forma de avaliação clínica e cinético-funcional.

Palavras-chave: Esclerose múltipla; Doenças neurológicas; Fadiga.

QUANTO O TABAGISMO INFLUENCIA NO MANEJO DO PACIENTE HOSPITALIZADO?

Lya Pinto Veras¹; Laura Monteiro de Castro Braz¹; Mirizana Alves-de-Almeida²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 – Doutora em Ciências Médicas, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: yaveras@hotmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido. As doenças relacionadas ao tabaco são uma das principais causas de internação hospitalar. Por isso, entender a influência do tabagismo em todo o manejo de uma hospitalização é primordial ao tratar o paciente tabagista. **OBJETIVO:** Identificar o que a literatura retrata quanto aos riscos e a prevalência no paciente tabagista durante a hospitalização. **MÉTODOS:** Foi realizada revisão de literatura do tipo integrativa em 2022.1. A plataforma de busca utilizada foi a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Não foi definido período de publicação, as Palavras-chave foram: “tabagismo”, “hospitalização” e “riscos” em português, inseridos de forma cruzada utilizando os operadores booleanos *and* e *or* para seus sinônimos. Foram incluídos somente artigos, com acesso livre e texto completo. Os artigos repetidos ou que fugissem ao escopo do trabalho foram excluídos. **RESULTADOS:** Foram identificadas 16 publicações, sendo excluídas 11 por estarem fora do âmbito de pesquisa. Foram selecionados 5 artigos originais em português, publicados de 2000 a 2020. Foi detectado que 37% das internações relacionadas às doenças respiratórias e cardiovasculares estavam ligadas direta ou indiretamente ao tabagismo. Cerca de 12% afirmaram que não fumavam, mas tinham convívio com fumantes. Dentre os agravados observados em pacientes tabagistas ou ex-tabagistas nas UTI, 62% estão relacionados a complicações respiratórias e metabólicas. Quanto ao tempo de internação, foi-se observado que o paciente tabagista permanece o dobro do tempo em relação ao paciente não tabagista. **CONCLUSÃO:** O tabagismo é responsável por um terço das internações. Além disso, as complicações observadas no paciente tabagista aumentam o tempo de permanência na UTI. A abstinência desses pacientes é pouco considerada e o momento da internação deveria ser transformado em oportunidade para a estímulo e iniciação a cessação do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo; Hospitalização; Riscos; Incidência.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Ruthielly de Lima Freitas¹; Antônia Thais Guimarães Gomes¹; Rafaela Lima de Oliveira¹; Edson Bruno Vidal de Sousa¹; Nilce Almino de Freitas².

1 - Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência - Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF)

2 - Fisioterapeuta do Hospital Instituto Dr José Frota e do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – Ce. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Autor correspondente: ruthielly.fisio@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A intoxicação exógena é uma manifestação clínica danosa como resultado à exposição de uma ou mais substâncias lesivas ao organismo, sendo considerado o principal recurso utilizado nas tentativas de suicídio. Configura-se como emergência médica, visto que os sintomas apresentam riscos à vida, podendo levar a períodos prolongados de internação hospitalar, ocasionando incapacidades importantes. O fisioterapeuta é um dos membros da equipe habilitado para prestar assistência nessa situação, visando restabelecimento da funcionalidade do paciente. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas residentes no cuidado a indivíduos internados por intoxicação exógena como tentativa de suicídio. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência descritivo sobre a atuação de fisioterapeutas residentes no manejo ao indivíduo com intoxicação exógena internados na emergência do Hospital Instituto Dr José Frota, localizado em Fortaleza-Ce, no período de Maio a Setembro de 2022. Este relato se baseou na pesquisa de prontuários, bem como na experiência prática dos atendimentos executados pelos profissionais. **RESULTADOS:** Dentre as principais atribuições realizadas, pode-se citar o auxílio durante a intubação orotraqueal; acoplamento no suporte ventilatório invasivo associado aos ajustes iniciais e correções de possíveis assincronias; execução dos protocolos de extubação; administração e desmame da oxigenoterapia; avaliação fisioterapêutica para adição da mobilização precoce. **CONCLUSÃO:** A inserção dos fisioterapeutas residentes na emergência oportunizou a vivência como profissional integrante da equipe no cuidado qualificado ao paciente intoxicado, desde sua admissão até a alta. A prática mostrou a complexidade que envolve a recuperação funcional destes pacientes, incluindo principalmente as funções respiratórias e aquelas relacionadas à mobilização.

Palavras-chave: Fisioterapia; Emergências; Envenenamento.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTES COM SEQUELAS DE QUEIMADURAS

Larissa Gomes Silva¹; Nairla de Sousa Gomes Oliveira¹; Fernanda Silveira Vicente¹; Francisca Nayra de Sousa Vieira¹; Flávio Feitosa Pessoa de Carvalho².

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: larissagomessilvalgs@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: as queimaduras são lesões nos tecidos corporais causadas pela ação direta ou indireta de agentes térmicos, químicos, elétricos, radioativos, de animais e plantas, danificando os tecidos superficialmente ou profundamente. A classificação quanto à profundidade varia de acordo com o grau de destruição das camadas da pele: epiderme, derme e hipoderme, que quando lesionadas apresentam queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau. Considerar a extensão das queimaduras é importante para determinar a gravidade e o tratamento a ser instituído, utilizando para isso a Regra dos nove, considerando a porcentagem da superfície total envolvida, não sendo classificadas as queimaduras de primeiro grau. Nesses pacientes, intervenções fisioterapêuticas apresentam relevância em todas as fases, desde a internação ao acompanhamento ambulatorial, apresentando condutas eficazes e reduzindo possíveis complicações. **OBJETIVO:** destacar a importância da atuação do fisioterapeuta em pacientes com sequelas de queimaduras. **MÉTODOS:** trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em outubro de 2022, por meio de pesquisa nas bases de dados: MedLine e Pubmed. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos dos últimos cinco anos, mediante combinação dos Palavras-chave: “Queimaduras”, “Reabilitação”, “Fisioterapia” e “Pacientes”, com foco nas sequelas das queimaduras e atuação do fisioterapeuta. **RESULTADOS:** foram encontrados 152 artigos, e 14 foram selecionados para discussão. Entre os delineamentos metodológicos dos artigos selecionados, a fisioterapia em pacientes com sequelas de queimaduras está ativamente envolvida no processo de recuperação, atuando precocemente e estabelecendo um programa de tratamento com objetivos de prevenção, intervenção e reabilitação, por meio de recursos e técnicas assegurando resultados satisfatórios nas sequelas funcionais e estéticas. **CONCLUSÃO:** As queimaduras deixam sequelas incapacitantes, dependendo da sua extensão e profundidade. Ao fisioterapeuta compete a responsabilidade de atuar inicialmente na reabilitação de forma individualizada e atendendo as necessidades de funcionalidade e limitações apresentadas com objetivo de retorno mais rápido as atividades de vida diária.

Palavras-chave: Queimaduras; Reabilitação; Fisioterapia.

AValiação DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Gabriele Estefany Marinho Aguiar¹; Francisca Nayra de Sousa Vieira¹; Nairla de Sousa Gomes Oliveira¹; Lenise Castelo Branco Camurça Fernandes²; Mariana Lima Fernandes³

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Doutora, Fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota.

3 - Doutora, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota

Autor correspondente: mariana.fernandes@ijf.fortaleza.ce.gov.br

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: Os pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentam com frequência, uma fraqueza muscular periférica adquirida, decorrente de um maior tempo de imobilismo no leito, principalmente aqueles sob uso da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), resultando em um declínio funcional. A aplicação da escala do *Medical Research Council* (MRC) tem sido uma ferramenta útil e de fácil aplicação para a avaliação da força muscular periférica em pacientes colaborativos, notificando o grau de fraqueza a qual possa ter sido adquirida ao longo da internação, sendo relevante para nortear as intervenções no decorrer do tratamento.

OBJETIVO: Analisar a força muscular periférica de pacientes colaborativos submetidos à VMI. **MÉTODOS:** Tratou-se de uma pesquisa documental de caráter retrospectivo na UTI4 do Instituto Dr. José Frota IJF, em Outubro de 2022. A coleta de dados foi realizada através das anotações na planilha do acompanhamento diário da assessoria clínica da fisioterapia, dos pacientes internados nos meses de Janeiro a Maio de 2022, submetidos à VMI que estavam conscientes e colaborativos. Foram seguidos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, da Resolução n°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo iniciada a coleta de dados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IJF com o parecer número: 5.499.329 e CAAE: 59593622.0.0000.5047. **RESULTADOS:** A maior prevalência foi o gênero masculino, tendo como principal diagnóstico o Traumatismo Crânio Encefálico, seguido de Politraumatismo. Apresentaram fraqueza muscular grave, seguido de moderada em uma menor incidência, pois obtiveram valores menores que 36 e 48 pontos na escala do MRC respectivamente. Observou-se um ganho de força muscular na maioria dos pacientes colaborativos com a fisioterapia, cujo desfecho principal foi a alta da UTI. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a fraqueza muscular periférica na UTI está comumente presente nos pacientes em VMI, entretanto evidenciou-se ganho de força muscular.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Ventilação Mecânica; Fisioterapia.

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS EM PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS

Francisco Talyson Vale de Oliveira¹; Luiz Ricardo Garcez²; Karoline Sampaio Nunes Barroso³; Márcia Maria Pinheiro Dantas⁴; Mariana Lima Fernandes⁵

1 - Acadêmico do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestrando em Ciências da Saúde - Universidade Federal do Ceará.

3 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus

4 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota

5 - Doutora, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota

Autor correspondente: fisiomarianalf@yahoo.com.br

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde traumas bucomaxilofaciais (TBMF) são considerados as principais causas de morte e invalidez no mundo. Sua incidência é uma realidade bastante evidente em hospitais, podendo haver diversos fatores etiológicos, dentre eles: acidentes automobilísticos, agressões físicas, lesões por armas de fogo e quedas. **OBJETIVO:** Esta pesquisa teve por objetivo identificar as alterações funcionais encontradas em pacientes vítimas de TBMF. **MÉTODOS:** Tratou-se de uma pesquisa de campo com caráter documental e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no período de agosto de 2019 à outubro de 2020, no Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital referência em atendimento de urgência e emergência a pacientes vítimas de traumas bucomaxilofaciais, localizado no Centro de Fortaleza no estado do Ceará. Este estudo avaliou os prontuários de 59 pacientes internados na enfermaria, emergência e Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de TBMF no período da coleta. Foram seguidos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta só foi iniciada após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IJF com o parecer número 3.745.919 e CAAE: 25795319.0.0000.5047. **RESULTADOS:** A maior prevalência dos participantes em nosso estudo foi o gênero masculino, tendo como principal fator etiológico acidentes automobilísticos. A região mais acometida por TBMF nos participantes foi a mandíbula o que levou a identificação de alterações funcionais mais evidentes no processo de mastigação, deglutição e verbalização. Alterações funcionais na locomoção como a deambulação, também foram identificadas em menor incidência nos pacientes que estavam restritos ao leito. **CONCLUSÃO:** As alterações funcionais estão bem presentes em pacientes vítimas de TBMF com maior predominância de alterações relacionadas ao sistema estomatognático, o que está diretamente relacionado a maior exposição desse sistema à TBMF.

Palavras-chave: Acidente; Fraturas Maxilomandibulares; Prontuários.

ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO UTILIZADAS NA PARALISIA FACIAL

Karine Helena Soares Rodrigues¹; Iago Ribeiro Gomes¹; Jean Lucas Siqueira Vasconcelos¹; Karoline Sampaio Nunes Barroso²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: karinehsr90@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: As escalas avaliativas na Paralisia Facial têm a finalidade de determinar as condutas fisioterapêuticas e estabelecer o prognóstico da disfunção do nervo facial. **OBJETIVO:** Analisar as propriedades psicométricas das escalas de avaliação utilizadas em pacientes com Paralisia Facial. **MÉTODOS:** Realizamos uma pesquisa integrativa utilizando as seguintes bases de dados: Medline e Scielo. Foi realizada a combinação dos seguintes Palavras-chave em Ciências da Saúde (DeCS): “*Disability Evaluation, International Classification of Functioning; Disability and Health; Diagnostic Techniques and Procedures AND Bell Palsy; Facial Paralysis; Facial Nerve; Facial Nerve Injuries; Facial Nerve Diseases; Facial Muscles*”. Os critérios de inclusão foram: artigos de ensaio clínicos, de relato de caso e observacionais, no idioma português ou inglês, publicados nos últimos cinco anos. **RESULTADOS:** Ao final do processo de busca, foram encontrados 800 artigos, dos quais 15 foram incluídos. Foram identificados 8 instrumentos avaliativos: House-Brackmann, Sunnybrook Facial Grading System, Facial Clinimetric Evaluation Scale, Stennert Index, Lip-length Index, Synkinesis Grading Scale, Facial Disability Index e Forehead, Eye, Mouth and Associated Defect. A versão brasileira da “Facial Disability Index” demonstrou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,73 para a escala completa. O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,79 (Intervalo de confiança 95%: 0,71-0,86) e 0,85 (Intervalo de confiança 95%: 0,79-0,90) para as subescalas de bem-estar físico e social, respectivamente. A “Facial Clinimetric Evaluation Scale” demonstrou um alfa de Cronbach, no domínio total, de 0,881 (Intervalo de confiança de 95%: 0,842-0,914). A “Sunnybrook Facial Grading System” demonstrou um coeficiente de correlação intraclasse de 0,99 e confiabilidade interexaminadores da escala completa de 0,95. As versões brasileiras das escalas foram validadas. As demais escalas não tiveram as suas propriedades psicométricas, na versão portuguesa, testadas. **CONCLUSÃO:** Há necessidade de novos estudos que investiguem as propriedades psicométricas, com o intuito de utilizar os instrumentos de forma mais fidedigna na prática clínica.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Paralisia Facial; Nervo Facial; Doenças do Nervo Facial.

IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: REVISÃO DE LITERATURA

Sarah Maria Leite Pereira¹; Josué Kaleb Acácio Vasconcelo¹; Layane Steffane Lima Souto¹; Laís Lorrane Moraes Sena¹; Marcelle Ferreira Moura².

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre em Ciências Fisiológicas, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: sarahmaria2311@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A esclerose múltipla é uma doença que afeta o sistema nervoso, causando destruição da bainha de mielina e gerando distúrbios na comunicação entre o cérebro e o corpo. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida em pacientes com Esclerose Múltipla acompanhados pela fisioterapia regularmente. **MÉTODOS:** foi realizada uma análise da literatura por meio da plataforma Google acadêmico, Plataforma PEDro, Scientific Eletronic Library Online(SciELO), publicados na língua portuguesa nos últimos seis anos. Para a localização e a seleção dos artigos foram utilizados os Palavras-chave: “esclerose múltipla” “doença autoimune e crônica” “desmielinização” “bainha de mielina”. A partir disso realizamos uma seleção por meio dos temas e escolhemos os artigos que seriam lidos. Após esse processo, fizemos uma triagem de quais seriam lido por completo e, por fim, desses foram selecionados os que seriam utilizados para fundamentarem este estudo. **RESULTADOS:** Foram encontrados 58 artigos, e na seletividade desses, 26 artigos observou-se pontos a si melhor observar. Portanto, destaca-se que a ação do fisioterapeuta na Esclerose Múltipla é de suma importância, visando recuperar, equilibrar e prevenir diversas disfunções em prol da saúde do indivíduo. Outrora, o papel do fisioterapeuta tem como em dois pontos primordiais, sendo na atividade motora e psicológica, assegurando a remissão sintomáticas dos pacientes e menor dependência destes, respectivamente. Com isso, o processo reabilitativo é fundamentado na readaptação do indivíduo, pois a fraqueza muscular e diminuição da resistência são encontrados com maior facilidade, pois seu estilo de vida sedentário e limitativo os impulsionam negativamente nesses aspectos. Portanto, melhorias ocorreram, em específico no equilíbrio e marcha após 30 sessões realizadas, mas na sessão 15 melhoras significativas foram encontradas. **CONCLUSÃO:** Foram observados benefícios em pacientes acompanhados pela fisioterapia, os quais tiveram seus músculos fortalecidos e aumentaram a resistência desses, apresentando assim, melhorias em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla; Doença Autoimune; Bainha De Mielina; Reabilitação.

A UTILIZAÇÃO DO POWERBREATHE® EM PACIENTES COM TRM - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vitória de Oliveira Sousa¹; Natanael da Silva Cavalcante¹; Maria Cintia Conrado Nobre¹; Ellen Saldanha Araújo¹; Mariana Lima Fernandes²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Doutora, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota

Autor correspondente: vitoriaoliveira.vo64@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: O traumatismo raquimedular (TRM) é um dano causado na medula espinhal que a depender da gravidade pode ocasionar déficits ou paralisias das funções motoras, sensoriais e autonômicas abaixo do nível da lesão. Os distúrbios respiratórios são as complicações mais frequentes, pois apresentam fraqueza e hipotonia muscular respiratória, desnervação dos músculos respiratórios, que são associadas à atelectasias, diminuição da complacência pulmonar, declínio da capacidade de tosse e consequente acúmulo de secreções. Esses fatores contribuem para o aumento da morbimortalidade destes indivíduos. O treinamento muscular inspiratório (TMI) é um coadjuvante para prevenção e resolução de fraqueza muscular respiratória e hipotonia associada. O PowerBreathe® é um dos recursos utilizados, dispõe de uma válvula com mola que permite a escolha da resistência ofertada para cada paciente. **OBJETIVO:** Evidenciar a relevância do PowerBreathe® para treinamento da musculatura inspiratória em pacientes com lesão medular. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura na qual foi realizada uma busca nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs e BVS. **RESULTADOS:** Foram encontrados 21 artigos, 6 evidenciaram o PowerBreathe® como recurso importante no (TMI). O uso do PowerBreathe® para resolução de fraqueza muscular respiratória associada a lesão medular mostrou resultados satisfatórios. Em uma revisão sistemática com metanálise, Owen 2022, trouxe que o uso de dispositivos com mola para o (TMI) como PowerBreathe® e Threshold® IMT, com intervenções que duraram de 4 e 8 semanas, frequência de 4 à 7 vezes por semana e duração de 10 há 20 minutos diários, resultou em variação de 40% a 80% de pressão inspiratória máxima entre os participantes do estudo. **CONCLUSÃO:** O uso do PowerBreathe® mostrou-se eficaz para o fortalecimento da musculatura inspiratória de pacientes que sofreram traumatismo raquimedular, entretanto ainda se torna necessário a realização de mais estudos acerca do uso do PowerBreathe® neste público.

Palavras-chave: Testes de função respiratória; Fisioterapia; Traumatismo raquimedular.

REPERCUSSÕES FUNCIONAIS E ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTES COM TRAUMA MAXILOFACIAL VÍTIMAS DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Fernanda Silveira Vicente¹; Nairla de Sousa Gomes Oliveira¹; Francisca Nayra de Sousa Vieira¹; Gabriele Estefany Marinho Aguiar¹; Karoline Sampaio Nunes Barroso²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: fesilcente@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: acidentes automobilísticos são as principais causas envolvendo principalmente jovens do sexo masculino com traumas maxilofaciais ocasionados por movimentos bruscos e violentos, representando um dos maiores problemas para os serviços de saúde pública. Esse tipo de trauma resulta em lesões de tecidos moles, ossos da face, podendo se estender no sentido craniocaudal do osso frontal até o hioide, comprometendo diferentes partes anatômicas que são vitais para as principais funções do organismo. Quando não tratados corretamente tem uma maior prevalência a evoluírem para óbito, sequelas estéticas e funcionais. Entre as principais repercussões estão relacionadas à mastigação, deglutição, fonação e respiração. Compete ao fisioterapeuta papel importante no atendimento precoce desses pacientes, realizando avaliação minuciosa, identificando fatores de risco para devidas complicações. **OBJETIVO:** destacar a atuação do fisioterapeuta na reabilitação das repercussões funcionais em pacientes com trauma maxilofacial. **MÉTODOS:** trata-se de uma revisão bibliográfica das bases de dados: PubMed e Medline utilizando como critérios de inclusão: Artigos completos; Idioma português e inglês; artigos publicados no período de 2017 a 2022, utilizando a combinação dos Palavras-chave: “Traumatismos Maxilofaciais”, “Fisioterapia”, “Acidente Automobilístico” e “Reabilitação” com foco nas repercussões de trauma maxilofacial e atuação do fisioterapeuta. **RESULTADOS:** foram encontrados 476 artigos, sendo 13 artigos elegíveis para este estudo. Durante a análise destacou-se a relevância do fisioterapeuta no tratamento das repercussões em pacientes com traumatismo maxilofaciais, com uso de recursos e técnicas específicas, prevenindo a formação de aderências, rigidez, deformidades e perda dos principais movimentos, com objetivo de restabelecer as funções articulares e musculares garantindo o padrão de funcionalidade. **CONCLUSÃO:** a incidência de traumas maxilofaciais mostra um predomínio de repercussões limitantes, dessa forma, devido à complexidade confirma-se a relevância do profissional fisioterapeuta para atenuar sequelas e consequências funcionais e estéticas.

Palavras-chave: Traumatismos maxilofaciais; Fisioterapia; Acidente Automobilístico; Reabilitação.

ELABORAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO SOBRE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antônia Thais Guimarães Gomes¹; Rafaela Lima de Oliveira¹; Carla Ruthielly de Lima Freitas¹; Edson Bruno Vidal de Sousa¹; Nilce Almino de Freitas².

1 - Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência - Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF)

2 - Fisioterapeuta do Hospital Instituto Dr José Frota e do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – Ce. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Autor correspondente: thaysguimaraes16@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento grave com elevada mortalidade. É de essencial que nessas situações, os indivíduos sejam socorridos de forma rápida e eficiente por equipe multiprofissional capacitada. O fisioterapeuta é um dos membros da equipe habilitado para prestar assistência nessa situação, visando restabelecimento da funcionalidade do paciente. Entretanto, ainda percebe-se desconhecimento por parte dos profissionais em relação ao papel do mesmo nesse processo. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas residentes na elaboração de material informativo sobre a assistência fisioterapêutica no momento da parada cardiorrespiratória. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência descritivo sobre a elaboração de material informativo acerca da atuação do fisioterapeuta na PCR, realizado no Hospital Instituto Dr José Forta, localizado em Fortaleza – Ce, no período de agosto a outubro de 2022. A ideia da construção do material pelos fisioterapeutas residentes surgiu diante da necessidade em organizar um fluxo assistencial na unidade de emergência que servisse como referência para a equipe. Foi sugerido um banner configurado por informações extraídas de artigos científicos, compondo-se de quatro tópicos que representam a atuação do fisioterapeuta na PCR, sendo o mesmo discutido amplamente entre fisioterapeutas e preceptora. **RESULTADOS:** A partir da consolidação do conteúdo, realizou-se a elaboração gráfica do produto, que foi subdividido em três tópicos: 1 - Avaliação dos sinais de PCR; 2 - Recomendações acerca da ventilação (via aérea fisiológica e avançada) e compressões durante a reanimação cardiopulmonar; 3 - Atribuições durante a intubação orotraqueal. O produto foi fixado em área visível e de fácil acesso na Unidade de Emergência do hospital locus do estudo. **CONCLUSÃO:** A elaboração do material possibilitou uma melhor padronização, organização e reconhecimento por parte dos fisioterapeutas de sua função durante a PCR, possibilitando tomadas de decisões eficazes e assertivas, com a finalidade de recuperar a funcionalidade do doente.

Palavras-chave: Fisioterapia; Emergências; Reanimação cardiopulmonar.

INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR

Mayra Vitoria Fernandes Lemos¹; Brenno Lucas Rodrigues da Silveira ¹; Thuanny Naiara da Silva Barros ¹; Márcia Cardinalle Correia Viana²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Hospital Geral Dr. César Cals

Autor correspondente: mayfisiogirl@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A lesão medular é uma condição que afeta consideravelmente o indivíduo acometido trazendo diversas alterações motoras, sensitivas, psicológicas e sociais. Muitos desses pacientes têm a necessidade de cuidados intensivos devido a gravidade da lesão, procedimento para a estabilização da coluna, instabilidade hemodinâmica e necessidade de suporte ventilatório invasivo, principalmente em lesões em níveis mais altos. Nesse sentido, a fisioterapia deve ser instituída desde a unidade de terapia intensiva (UTI) prevenindo complicações decorrentes do imobilismo no leito. **OBJETIVO:** Descrever a atuação da fisioterapia em pacientes com lesão medular na Unidade de Terapia Intensiva. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa em que foi utilizada a base de dados PubMed, SciELO e Lilacs, buscando artigos entre os anos de 2012 e 2022, que possuam informações a respeito da atuação da fisioterapia em pacientes com lesão medular na UTI, através dos Palavras-chave: *Intensive Care Units*, *Physical Therapy* e *Spinal Cord Injuries*. **RESULTADOS:** Foram encontrados 12 artigos, sendo excluídos aqueles que não se encaixavam no tema proposto. Por conseguinte, 8 artigos foram selecionados para leitura completa, e apenas 4 para compor esta revisão. Os estudos sugerem que a reabilitação destes pacientes deve ocorrer em tempo adequado, no qual estratégias como ventilação mecânica protetora, ventilação não invasiva e a implementação de exercícios terapêuticos devem fazer parte da conduta do fisioterapeuta intensivista. A implantação do programa de reabilitação neste público tem o potencial de reduzir o tempo de permanência na unidade, prevenir complicações extra-neurológicas e melhorar a capacidade motora, com aumento na pontuação da escala ASIA comparada a data de admissão. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto é notável que a intervenção fisioterapêutica é algo imprescindível para a melhora do quadro funcional de pacientes com lesão medular na Unidade de Terapia Intensiva, pois proporciona benefícios a curto e longo prazo.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Traumatismos da Medula Espinal; Serviço Hospitalar de Fisioterapia; Respiração Artificial; Deambulação Precoce.

UTILIZAÇÃO DO PERME SCORE PARA AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE EM PACIENTES CRÍTICOS

Henrique da Silva Sales¹; Márcia Cardinalle Correia Viana²

1 – Acadêmico do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus e Fisioterapeuta do Hospital Geral Dr. César Cals

Autor correspondente: henriquedotsales@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido descrita como um evento significativo associado à inúmeras alterações funcionais, tais como à exposição do paciente a fatores como uso prolongado de medicamentos, ventilação mecânica e tempo de internação. O Perme Score é uma ferramenta que pode ser utilizada para medir de forma rápida, objetiva e específica a mobilidade de pacientes internados em uma UTI. **OBJETIVO:** Investigar a utilização do Perme Score para avaliação de mobilidade em pacientes críticos. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no banco de dados PubMed no período de outubro de 2022, sendo incluídos na pesquisa artigos publicados em português e inglês nos últimos 10 anos que abordassem a utilização do Perme Score para avaliação da mobilidade em pacientes críticos. Ao total, foram 13 artigos encontrados e todos selecionados para leitura do resumo, 8 foram lidos na íntegra e por fim 7 artigos foram incluídos nesse trabalho por critérios de elegibilidade. **RESULTADOS:** O Perme Score possui um escore específico para mensurar a melhora da condição de mobilidade, de forma a se padronizar a avaliação do paciente na UTI. Também é prático, pois pode ser concluído em apenas alguns minutos no final das intervenções de mobilidade. Além disso é clinicamente relevante, pois fornece uma avaliação objetiva do status da mobilidade no ambiente da UTI. **CONCLUSÃO:** A mensuração da mobilidade é realizada durante a permanência na UTI até a alta e faz parte da avaliação fisioterapêutica, sendo significativa para reduzir os impactos associados ao declínio funcional e de mobilidade, como nas transferências e locomoção dos pacientes críticos.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Fisioterapia; Independência Funcional.

ATUAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS RESIDENTES NA SALA DE REANIMAÇÃO DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafaela Lima de Oliveira¹; Antônia Thais Guimarães Gomes¹; Carla Ruthielly de Lima Freitas¹; Edson Bruno Vidal de Sousa¹; Nilce Almino de Freitas².

1 - Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência - Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF)

2 - Fisioterapeuta do Hospital Instituto Dr José Frota e do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – Ce. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Autor correspondente: sanerafa2@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: Segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, define-se Sala de Reanimação como parte da emergência hospitalar onde atendem-se pacientes com iminente risco à vida, que necessitam de assistência imediata. O fisioterapeuta é o profissional habilitado para compor a equipe multiprofissional que presta os cuidados iniciais aos pacientes deste serviço, baseando sua atuação na funcionalidade. Apesar do papel importante, a presença obrigatória do fisioterapeuta neste ambiente ainda não é uma realidade. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas residentes na sala de reanimação da unidade de emergência de um hospital público terciário referência em trauma. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência retrospectivo e descritivo, sobre a atuação de fisioterapeutas residentes na sala de reanimação da unidade de emergência do Hospital Instituto Dr José Forta, localizado em Fortaleza – Ce, no período de Junho a Setembro de 2022. Esta sala recebe vítimas de diversos traumas, como traumatismo cranioencefálico, grandes queimaduras, ferimentos por armas brancas e de fogo, intoxicações exógenas, entre outros. O perfil é de pacientes graves, que necessitam de cuidados intensivos. Para registro diário dos principais procedimentos e intervenções realizados pelos residentes, utilizou-se um livro relatório. **RESULTADOS:** Foi possível relatar a assistência do fisioterapeuta residente na unidade e descrever as principais intervenções realizadas no período, como ajustes da ventilação mecânica invasiva e correções de assincronias, participação na reanimação cardiopulmonar, instalação e monitorização da ventilação mecânica não-invasiva, administração e desmame da oxigenoterapia, participação nas intubações orotraqueais e realização de extubações. **CONCLUSÃO:** A experiência inovadora dos fisioterapeutas residentes na sala de reanimação possibilitou a participação na recuperação funcional dos pacientes em diversas condições de saúde, se configurando como uma oportunidade única de aprimoramento das habilidades teórico-práticas no serviço de urgência e emergência.

Palavras-chave: Fisioterapia; Emergências; Internato e residência.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM CARDIOPATIAS: REVISÃO DE LITERATURA

Iandra Kemilli Lopes de Oliveira¹; Maria Lyciane da Silva Oliveira²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Especialista, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: iandra.labjt@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento é um processo dinâmico e contínuo de mudanças ao longo do ciclo da vida, resultado da interação de fatores genéticos biológicos e ambientais. Entretanto, o ambiente em que a criança está inserida pode agir como facilitador, assim como um ambiente desfavorável pode restringir aprendizado, interferindo de forma negativa no ritmo e nos padrões das aquisições motoras. O ambiente hospitalar constitui-se em um elemento de risco na promoção do desenvolvimento em razão das condições biológicas em que a criança se encontra e pelo contexto do ambiente que se apresenta. **OBJETIVO:** analisar o desenvolvimento neuropsicomotor em crianças hospitalizadas com cardiopatia. **MÉTODOS:** tratou-se de uma revisão sistemática, onde foram utilizados sites de busca, como PUBMED e SCIELO, Palavras-chave: desenvolvimento infantil, hospitalização e cardiopatia. Os critérios de inclusão se basearam em artigos de estudos de campo no idioma português ou inglês, publicados nos últimos dez anos. **RESULTADOS:** Ao final do processo de buscas, foram encontrados 200 artigos, dos quais apenas 3 foram incluídos. Para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor um estudo utilizou o Teste e Triagem do Desenvolvimento Denver II e dois a Escala Motora Infantil de Alberta (AIMs). Contudo, os estudos apresentaram discordância quanto a correlação entre cardiopatia, hospitalização e atraso no desenvolvimento. **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que apesar de haver poucos artigos contendo informações relacionadas ao tema, todos os que estavam disponíveis enfatizaram a importância do cuidado redobrado quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com cardiopatia.

Palavras-chave: Cardiopatia; Desenvolvimento Infantil. Hospitalização.

CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS AUTISTAS E AS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS REALIZADAS EM UMA CLÍNICA DE FORTALEZA

Liz Alexsandra dos Santos Cunha¹; Maria Lyciane da Silva Oliveira ²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 – Especialista, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: liz12_alexandra@hotmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: O Transtorno do Espectro Autista, é uma condição de saúde caracterizada por déficit na comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses restritos e movimentos repetitivos, com influência direta no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. A intervenção fisioterapêutica se faz necessária visto que a condição compromete o desenvolvimento motor. **OBJETIVO:** Analisar as características de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em uma clínica em Fortaleza e as intervenções fisioterapêuticas realizadas. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, observacional, transversal e com abordagem quantitativa, realizada em uma clínica particular em Fortaleza, na qual participaram 18 crianças diagnosticadas com TEA e que realizavam intervenções fisioterapêuticas. Pesquisa aprovada no CEP do Centro Universitário Christus com o nº do parecer 085492/2022 e o CAAE: 61294322.0.0000.5049. **RESULTADOS:** Prevaleceu o gênero masculino (72,2%); onde a queixa principal a foi a alteração da marcha (44,4%) apresentando marcha equina (50%); com hipotonia (83,3%); déficit de equilíbrio (77,8%). Dentre as intervenções fisioterapêuticas mais realizadas está o alinhamento postural e treino de marcha (22,2%); treino de marcha e equilíbrio (22,2%). **CONCLUSÃO:** As crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista, necessitam de intervenções fisioterapêuticas, pois possuem alterações motoras, que podem acarretar disfunções ao longo da vida. Então, a pesquisa contribuiu para demonstrar a importância da atuação da fisioterapia nessas crianças

Palavras-chave: Crianças; Transtorno do Espectro Autismo; Fisioterapia; Alterações Motoras.

ATUAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS RESIDENTES NA SALA DE REANIMAÇÃO DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edson Bruno Vidal de Sousa¹; Antônia Thais Guimarães Gomes¹; Carla Ruthielly de Lima Freitas¹; Rafaela Lima de Oliveira¹; Nilce Almino de Freitas².

1 - Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência - Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF)

2 - Fisioterapeuta do Hospital Instituto Dr José Frota e do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – Ce. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Autor correspondente: bvidal039@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: A queimadura se caracteriza como uma ferida tecidual provocada por eventos traumáticos, sendo os principais causadores os agentes químicos, térmicos, elétricos e radioativos. A gravidade da queimadura se baseia na profundidade da lesão, e no cálculo da área de superfície corporal acometida, determinando a extensão das sequelas e o prognóstico do paciente queimado. Nesse sentido, a intervenção fisioterapêutica é fundamental tanto na prevenção de complicações, quanto na recuperação funcional destes pacientes. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas residentes no Centro de Tratamento de Queimados de um hospital público terciário referência em trauma. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência retrospectivo e descritivo sobre a atuação de fisioterapeutas residentes no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Dr José Forta, localizado em Fortaleza -Ce, no período de Maio a Junho de 2022. Este relato baseou-se na vivência dos residentes no cenário de prática, além das visitas multiprofissionais e discussões de casos clínicos. **RESULTADOS:** Foi possível observar que o Centro de Tratamento de Queimados do referido hospital recebe pacientes com variados graus de severidade de queimaduras. O espaço físico dispõe de ala exclusiva, equipada com ambulatório, enfermarias, centro cirúrgico, e sala para banhos anestésicos e curativos especiais. Dispõe ainda de sala de fisioterapia equipada, destinada à recuperação funcional dos pacientes, principalmente aqueles com internação prolongada. Os fisioterapeutas residentes foram integrados à equipe assistente, desempenhando trabalho de cinesioterapia motora e respiratória, assistência fisioterapêutica durante o banho anestésico, confecção de órteses, e orientações tanto ao paciente quanto aos acompanhantes. **CONCLUSÃO:** A inserção dos fisioterapeutas residentes no Centro de Tratamento de Queimados propiciou a vivência como parte ativa no cuidado especializado ao paciente queimado. Constatou-se a complexidade que envolve este cuidado, desde a admissão até a desospitalização, e evidenciaram-se contribuições da atuação fisioterapêutica para a melhora dos desfechos funcionais destes pacientes.

Palavras-chave: Fisioterapia; Queimaduras; Assistência hospitalar.

USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Nairla de Sousa Gomes Oliveira¹; Francisca Nayra de Sousa Vieira¹; Gabriele Estefany Marinho Aguiar¹; Fernanda Silveira Vicente¹; Karoline Sampaio Nunes Barroso²

1 - Acadêmico(a) do curso de Fisioterapia - Centro Universitário Christus

2 - Mestre, Professora do Centro Universitário Christus

Autor correspondente: nayrilla897@gmail.com

Fonte financiadora da pesquisa: não se aplica.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO: o Traumatismo Cranioencefálico é uma lesão ocasionada por um trauma externo, comprometendo o couro cabeludo, vasos sanguíneos, meninges ou encéfalo. É caracterizado como um problema de saúde pública, devido ao alto índice de hospitalização, a presença de comprometimentos indiretos e a presença de sequelas físicas e cognitivas. A funcionalidade e incapacidade são os principais parâmetros para categorizar esses pacientes de acordo com os domínios da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde. **OBJETIVO:** identificar o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade em pacientes com trauma cranioencefálico. **MÉTODOS:** realizamos uma revisão bibliográfica em outubro de 2022, por meio de uma pesquisa nas seguintes bases de dados: Pubmed e MedLine. Utilizamos a combinação dos seguintes descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Reabilitação AND Traumatismos craniocerebrais. Foi utilizado como critérios de inclusão: Artigos completos; Ensaios clínicos; Idioma português e inglês; artigos publicados no período de 2017 a 2022, que abordassem a temática funcionalidade e trauma craniano e não duplicados. **RESULTADOS:** foram encontrados ao total 41 artigos nas bases de dados. Após a leitura dos títulos e resumos permaneceram 20 artigos e por fim restaram 7 artigos selecionados para a discussão. Identificamos o uso da Classificação internacional de funcionalidade como ferramenta de avaliação, com objetivo de mensurar a funcionalidade e a incapacidade nos pacientes com trauma cranioencefálico. O uso dessa avaliação proporciona ao paciente uma reabilitação individualizada, revelando ganhos estatisticamente significativos tanto nas funções físicas e cognitivas como nas atividades de participação, além da reinserção mais rápida na sociedade. **CONCLUSÃO:** o trauma cranioencefálico pode ocasionar comprometimentos físicos, de linguagem, cognitivos e comportamentais. Essas condições podem levar a alteração da funcionalidade dos pacientes, impactante na atividade e participação. Por isso a importância da aplicação da Classificação de funcionalidade nas estratégias de avaliação desses pacientes.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Reabilitação.

ANAIS DA IX SEMANA DE ENFERMAGEM DO IJF**Coordenação geral**

- Jacqueline de Sousa Lima Ribeiro – Diretora de Enfermagem do IJF

Comissão organizadora

- Adman Câmara Soares Lima – Coordenadora da Assessoria de Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do IJF
- Dâmaris Campos Lima – Secretária da Diretoria de Enfermagem do IJF
- Emannuela Barbosa Araújo – Gerente de Gestão de Pessoas do IJF.
- Jacqueline de Sousa Lima Ribeiro – Diretora de Enfermagem do IJF
- Márcia Vital da Rocha – Assessora técnica da Diretoria de Enfermagem do IJF
- Renata Barreira Pinto – Coordenadora da Assessoria do Centro de Estudos e Pesquisas do IJF

Comissão científica

- Adman Câmara Soares Lima – Coordenadora da Assessoria de Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do IJF
- Karízia Vilanova Andrade – Assessora de Enfermagem da UTI 4 do IJF
- Maria Livia Alexandre Facó Bezerra - Assessora de Enfermagem da Unidade 18 do IJF
- Renata Rocha da Costa - Assessora de Enfermagem da Unidade 16 do IJF
- Vanessa Silveira Faria - Assessora de Enfermagem da UTI 3 do IJF

RESUMOS APROVADOS E APRESENTADOS NO EVENTO

INSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ACESSO VASCULAR E TERAPIA INFUSIONAL EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Livia Araújo Girão¹; Fabergna Dianny de Almeida Sales²; Adriana Lima de Araújo³; Lucelia Barroso Carneiro⁴; Nayara Cunha de Castro Asano⁵

INTRODUÇÃO: A instituição de times e comissões de terapia infusional vem se tornando fundamental para a melhoria das práticas relacionadas à inserção e manutenção de cateteres nos hospitais, além de proporcionar atualização para profissionais para a prática baseada em evidências. Dentro do contexto do Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital terciário de urgência e emergência, a criação de uma comissão de acesso vascular e terapia infusional (CAV) propiciou a implantação de novas práticas e tecnologias relacionadas ao tema. **OBJETIVO:** Descrever o processo de criação da Comissão de Acesso Vascular do IJF, bem como os primeiros indicadores obtidos. **MÉTODO:** relato de experiência sobre o processo de implantação da CAV que se deu nos anos de 2020 e 2021. **RESULTADOS:** A criação da comissão se deu diante da necessidade de novas tecnologias para terapia infusional, dentre elas a utilização de cateter central de inserção periférica (PICC), além de estratégias que buscassem a redução de flebites e infecções de corrente sanguínea. O processo de criação de regimento interno, impressos, POPs e aquisição de materiais se deu no segundo semestre de 2020. Como atribuições da CAV destacam-se a punção de cateteres periféricos difíceis guiados por Ultrassonografia (US), de cateter PICC, de veias jugulares externas e de hipodermóclise. Além de prestar educação continuada em serviço, apresentando novas tecnologias e como utilizá-las, a CAV ainda atua como referência para a escolha do melhor tipo de cateter para cada terapia, respondendo às solicitações da enfermagem e via interconsulta médica. Os treinamentos para manutenção de cateter PICC também fazem parte da rotina da comissão, bem como sobre *flushing* de cateteres e troca de curativos. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que a implantação da CAV vem trazendo benefícios ao hospital e aos pacientes, auxiliando a instituição de práticas infusionais mais seguras, e proporcionando a elaboração de indicadores de avaliação de resultados. **Descritores:** Cateteres. Dispositivos de Acesso Vascular; Enfermagem.

¹Enfermeira, Coordenadora da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Especialista em Terapia Intensiva e Qualidade e Segurança do Paciente. Email: aliviagirao@gmail.com.

²Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Especialista em Terapia Intensiva.

³Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Terapia Intensiva.

⁴Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Urgência e Emergência.

⁵Enfermeira da Comissão de Acesso Vascular CAV-IJF. Especialista em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Nefrologia.

ASSESSORIA DE ENFERMAGEM COMO PRÁTICA EXITOSA NA TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Vanessa Silveira Faria¹; Dalliany Araújo de Oliveira²; Ana Cleide Silva Rabelo³; Janaína Maria Maia Freire⁴; Karízia Vilanova Andrade⁵

INTRODUÇÃO: A liderança do enfermeiro em uma Unidade de terapia intensiva (UTI) vai além da execução de cuidados diretos ao paciente crítico, envolvendo o gerenciamento de processos e protocolos seguros, educação e pesquisa. Nesse contexto salienta-se a importância e o diferencial do enfermeiro diarista nas UTIs. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de enfermeiras no desenvolvimento da assessoria de enfermagem em UTIs. **METODOLOGIA:** Relato de experiência sobre o desenvolvimento da assessoria de enfermagem em UTIs, de um hospital de urgência e emergência, no município de Fortaleza/ CE, de outubro de 2020 até a presente data. **RESULTADOS:** A assessoria de enfermagem na UTI busca desde o seu início atuar pautada no tripé assistência, extensão e pesquisa. No que diz respeito a assistência, define junto a coordenação as rotinas e os processos de enfermagem, implementa e acompanha diariamente, avaliando a necessidade de melhorias contínuas; lidera visitas multidisciplinares e realiza coleta e avaliação sistemática de indicadores de qualidade. No que tange a extensão, implementa treinamentos teórico práticos na modalidade treinamento em serviço, motivados pela implementação e manutenção de boas práticas em terapia intensiva. Seus temas são definidos por meio dos resultados encontrados na coleta dos indicadores, em observações diárias e por demandas da equipe assistencial. Dentre os temas abordados estão os bundles de prevenção de infecção, cuidados com a pele e processos seguros relacionados a medicamentos. Quanto as atividades de pesquisa, buscamos fomentar um projeto de pesquisa com princípios de segurança do paciente, que visa desenvolver estudos e publicações científicas, tendo como base os dados coletados pelos indicadores e as intervenções realizadas, desta maneira contribuindo para o arsenal científico da enfermagem intensivista. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Construir um cargo de enfermeiro diarista com atribuições bem estabelecidas, pautada em métodos que comprovadamente apresentam bons resultados, fortalece e profissionaliza a liderança do enfermeiro nas UTIs.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Liderança.

¹Enfermeira. Mestre em Ciências Cardiovasculares pelo Instituto Nacional de Cardiologia. Especialista em Terapia Intensiva pela UERJ – RJ. Assessora de enfermagem da UTI 8 – IJF. Email: vanessa.faria@ijf.fortaleza.ce.gov.br

²Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva e em Gestão dos serviços de saúde Coordenadora de Enfermagem das UTIs IJF.

³Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Terapia intensiva e em Cardiologia. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIATENEU. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva do IJF.

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Residência em Assistência em Transplantes pelo HUWC/UFC. Diarista da UTI 3 IJF.

⁵Enfermeira. Especialista em Centro de Terapia Intensiva pela UECE e em nefrologia pela UFMA. Mestre em Enfermagem pela UFC. Assessora de enfermagem da UTI 4 – IJF.

CONSTRUÇÃO E USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Livia Alexandre Facó Bezerra¹; Renata Rocha da Costa²; Maria Jaqueline Martins Jorge³; Clayre Anne de Araújo Aguiar⁴; Adman Câmara Soares Lima⁵

INTRODUÇÃO: O uso de material educativo para abordagem de prevenção de lesão por pressão torna o processo de aprendizagem mais participativo, podendo ser adaptado conforme necessidade do grupo abordado. **OBJETIVO:** relatar a experiência da construção e uso de uma tecnologia educativa no treinamento sobre o Protocolo de Lesão por Pressão (LPP). **MÉTODO:** Optou-se pelo desenvolvimento de uma Palavra Cruzada (PC) contendo 9 frases compostas por orientações relacionadas à prevenção e tratamento de LPP. A tecnologia foi aplicada nos setores com enfermeiros e técnicos de enfermagem, seguido de discussão acerca da temática. **RESULTADOS:** Os treinamentos foram realizados durante a jornada de trabalho dos profissionais, facilitando a participação ativa. Após a discussão sobre as palavras escolhidas, abriu-se um espaço para perguntas e complementação do tema a fim de um feedback sobre a atividade, que foi avaliada como positiva. Como limitações, identificou-se a dificuldade de manter toda a equipe do plantão reunida, em função de questões relativas à demanda do serviço. Foi percebido uma maior sensibilização nas práticas de prevenção para o desenvolvimento de LPP, bem como a identificação precoce de pacientes com risco. **CONCLUSÃO:** As estratégias de educação em serviço, quando dinâmicas e integradoras, contribuem para a prática interdisciplinar, potencializando a aquisição de novos conhecimentos.

Descritores: Enfermagem; Lesão por pressão; Tecnologia em saúde; educação em saúde; promoção da saúde.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Educação em saúde para preceptores do SUS e Atenção Psicossocial. Assessora clínica da Unidade 18 do Instituto Dr. José Frota.

²Enfermeira, Especialista em Preceptoría em Saúde, Atenção Primária à Saúde e Formação Pedagógica na área de saúde. Assessora clínica da Unidade 16 do Instituto Dr. José Frota

³Enfermeira, Especialista em Oncologia Clínica, Assessora clínica da Unidade 14 do Instituto Dr. José Frota.

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em pediatria. Oncologia e Pedagogia em saúde. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem de Internação Cirúrgica do Instituto Dr. José Frota.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Assessora clínica da Diretoria de Enfermagem do Instituto Dr. José Frota.

GESTÃO EM ENFERMAGEM: REFLEXÕES ACERCA DOS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PADRÕES DE PERFORMANCE NA UTI

Ana Cleide Silva Rabelo¹; Dalliany Araújo de Oliveira²; Vanessa Silveira Faria³; Hesly Martins Pereira Lima⁴
; Lorena Matoso Vilela de Santana⁵

INTRODUÇÃO: Para encarar o desafio de realizar uma assistência hospitalar eficiente e de impacto para os pacientes de cuidados intensivos, faz-se necessário estabelecer padrões de excelência e acompanhamento de performance no ambiente de terapia intensiva, tais como: decisões estratégicas, com base em opiniões multiprofissional e com foco nos resultados; decisões clínicas envolvendo equipe multidisciplinar, paciente e família; fluxos admissionais com critérios bem estabelecidos; realização de visitas multidisciplinares diariamente; utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas; equipe de cuidados paliativos; profissionais especializados em terapia intensiva; utilização de indicadores de qualidade; manutenção de um programa de educação continuada em serviço e investimento e desenvolvimento de pesquisas. **OBJETIVO:** Refletir acerca dos desafios e das estratégias utilizadas pela gestão de enfermagem na implementação de padrões de performance na UTI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo temático realizado a partir da experiência de enfermeiras gestoras na implementação de padrões de performance em UTIs traumatológicas de um hospital de urgência e emergência de nível terciário, no município de Fortaleza-Ceará de outubro/2020 a novembro/2021. Na análise, os dados foram organizados em categorias por similaridade de conteúdo. **RESULTADOS:** Os principais desafios estão relacionados à escassez de recursos humanos, técnicos e de materiais, tais como: formação deficitária dos profissionais de saúde sobre protocolos, indicadores e tecnologias no cuidado ao paciente crítico, deficiências estruturais do sistema de saúde, jornada de trabalho extenuante, falta de empatia e de tempo, estresse e, por fim, a desvalorização do trabalho da equipe de enfermagem. Na busca de mitigar tais desafios, foram utilizadas as seguintes estratégias: ciclo PDSA, reuniões semanais com lideranças multidisciplinar, apresentação de indicadores e diaristas multidisciplinar no acompanhamento assistencial, extensão e pesquisa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essas reflexões contribuem para despertar no enfermeiro gestor a necessidade de avançar na superação dos desafios e na apropriação de estratégias para melhorar a performance no ambiente crítico, no intuito de fortalecer o gerenciamento, a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Descritores: Gestão em Saúde; Unidade de terapia intensiva; Enfermagem.

¹Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Especialista em Terapia intensiva e em Cardiologia. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIATENEU. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva do IJF. Email: anacleidesr@hotmail.com

²Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva e em Gestão dos serviços de saúde. Coordenadora de Enfermagem das UTIs IJF.

³Enfermeira. Mestre em Ciências Cardiovasculares pelo Instituto Nacional de Cardiologia. Especialista em Terapia Intensiva. Assessora de enfermagem da UTI 8 IJF

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Assessora de enfermagem da UTI 5- IJF

⁵Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela UECE. Assessora de enfermagem da UTI 6- IJF

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV): UM RÊLATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Matoso Vilela de Santana¹; Ana Cleide Silva Rabelo²; Dalliany Araújo de Oliveira³; Vanessa Silveira Faria⁴; Karízia Vilanova Andrade⁵

INTRODUÇÃO: Prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde é meta internacional de segurança do paciente e tem como um de seus objetivos específicos a redução das Pneumonias Associada à Ventilação (PAVs), essa pode ter consequências graves, sendo o principal fator de risco para o seu desenvolvimento o uso prolongado da ventilação mecânica. Para reduzi-las propôs-se um conjunto de práticas com base em evidências (Bundle), que engloba: elevação e manutenção da cabeceira, interrupção diária da sedação, profilaxia da úlcera péptica, profilaxia da trombose venosa profunda, avaliação da presença de condensados no circuito respiratório e os cuidados orais com clorexidina. **OBJETIVO:** Relatar a experiência na implementação do *bundle* para prevenção de PAV na UTI. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de uma modalidade de treinamento teórico-prático “STOP enfermagem” da equipe de enfermagem por enfermeiras diaristas. Foram capacitados 36 enfermeiros e 68 técnicos de enfermagem no período de agosto a setembro de 2021. **RESULTADOS:** A proposta de realizar um método diferente de treinamento dos profissionais, dentro de sua jornada de trabalho e durante a execução de suas tarefas, em um ambiente real, surgiu como uma nova estratégia de sensibilização desses profissionais na adoção do *bundle*, afim de prevenir as PAVs no ambiente de terapia intensiva. Após a realização destes treinamentos percebeu-se que houve aumento da adesão aos elementos do bundle de prevenção, principalmente na manutenção da cabeceira elevada de 30° a 45°, higiene oral e avaliação da presença de condensados no circuito respiratório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se que a metodologia de implementação do *bundle*, a qual envolveu os profissionais em todo processo, pode ser um ponto favorável para sua adesão, pois estes assumiram não apenas condição de informantes, mas sim de atores dessa capacitação.

Descritores: capacitação em serviço; enfermagem; pneumonia associada à ventilação mecânica; pacotes de assistência ao paciente.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela UECE. Assessora de enfermagem da UTI 6- IJF. Email: lorena.matoso@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Terapia intensiva e em Cardiologia. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIATENEU. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva do IJF.

³Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva e em Gestão dos serviços de saúde. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva do IJF.

⁴Enfermeira. Mestre em Ciências Cardiovasculares. Especialista em Terapia Intensiva. Assessora de enfermagem da UTI 8 – IJF

⁵Enfermeira. Especialista em Centro de Terapia Intensiva e em Nefrologia. Mestre em Enfermagem. Assessora de enfermagem da UTI 4- IJF

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DO BUNDLE PARA MANUTENÇÃO DA PELE ÍNTEGRA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Janaina Maria Maia Freire¹; Ana Cleide Silva Rabelo²; Dalliany Araújo de Oliveira³; Ana Débora Alcântara Coelho Bomfim⁴; Hesly Martins Pereira Lima⁵

INTRODUÇÃO: A lesão por pressão (LP) é um indicador da qualidade da assistência de enfermagem por ser considerada um evento adverso evitável. Assim, é importante que os profissionais realizem boas práticas com vistas à segurança do paciente, visto que tais medidas podem reduzir a ocorrência desse evento adverso com alta incidência na terapia intensiva. **OBJETIVO:** Relatar a experiência na implementação do *bundle* para manutenção da pele íntegra. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de uma modalidade de treinamento teórico-prático “STOP enfermagem” da equipe de enfermagem por enfermeiras diaristas. Foram capacitados 14 enfermeiros e 54 técnicos de enfermagem no período de 11 de outubro a 12 de novembro de 2021 em 12 momentos. **RESULTADOS:** Os momentos de capacitação, denominados “Stop Enfermagem” aconteceram em 12 dias, durante a execução das atividades dos profissionais, em um ambiente real, buscando a participação na adoção dos seguintes elementos do *bundle*: avaliação do risco por meio da escala BRADEN, controle nutricional, reposicionamento do leito a cada duas horas, proteção da pele e avaliação da umidade. Observou-se que as boas práticas quanto a prevenção de LP eram escassas, o que implica em uma assistência sofrível e insegura. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Torna-se relevante a equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, a implementação do pacote de medidas voltadas à prevenção e condução da LP, sendo essencial associar teoria e prática baseadas em diretrizes com evidências que possam conduzir à prática clínica efetiva, com o intuito de diminuir a incidência de LP.

DESCRIPTORIOS: Lesão por pressão; Estomaterapia; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela UECE. Residência em Assistência em Transplantes pelo HUWC/UFC. Diarista da UTI 3 do IJF. E-mail: janina1326@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Terapia intensiva (ESP/CE) e em Cardiologia (ABEN/UECE). Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIATENEU. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva (NUETI) do IJF.

³Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva (ABEN/UECE) e em Gestão dos serviços de saúde (Unifametro). Coordenadora de Enfermagem das UTIs IJF.

⁴Enfermeira. Mestre em Promoção à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Especialista em Estomaterapia (TiSobest) pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia. Membro SOBEST. Estomaterapeuta do Núcleo de enfermagem em Estomaterapia do IJF.

⁵Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Diarista da UTI 5 do IJF.

IMPLEMENTAÇÃO DO BUNDLE PARA PREVENÇÃO DE ITU RELACIONADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA NA TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karizia Vilanova Andrade¹; Ana Cleide Silva Rabelo²; FREIRE, Janaina Maria Maia Freire³; Hesly Martins Pereira Lima⁴; Lorena Matoso Vilela de Santana⁵

INTRODUÇÃO: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS representam um problema de saúde pública mundial, sendo um desafio para a assistência à saúde. Dentre as IRAS, as urinárias estão entre as de maior incidência, provavelmente pela necessidade frequente de manipulação do trato urinário, tanto para diagnóstico quanto para drenagem de urina. **OBJETIVO:** Diante desse contexto, objetivou-se, com esse estudo, relatar a experiência na implementação do bundle para prevenção de ITU na Unidade de Terapia Intensiva-UTI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, no qual enfermeiras diaristas realizaram a implementação do bundle em UTIs de um hospital da rede pública, na cidade de Fortaleza-Ceará. A implementação contou com dois momentos: o primeiro foi a capacitação dos profissionais de enfermagem sobre os bundles de inserção e manutenção do CVD e o segundo, a realização de vinte observações mensais. Foram realizados seis momentos de capacitação no período de setembro a outubro de 2021. Os treinamentos foram realizados in loco e durante a execução das atividades dos profissionais. **RESULTADOS:** Após a realização dos treinamentos, foram iniciadas as observações de adesão ao bundle pelas enfermeiras diaristas, no total de 40 observações, sendo identificado as seguintes taxas de adesão: manter o sistema de drenagem fechado (100 %); execução da técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem (60%); Realização da higiene diária do meato uretral (100%) e verificação diária da necessidade de manter o CVD (90%). A atuação da equipe de Enfermagem teve importante papel na implementação do bundle de manutenção do CVD. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observa-se que a implementação de um protocolo orientado por enfermeiros facilita a adesão das medidas de prevenção, contudo faz-se necessário uma melhor participação da equipe na avaliação e discussões sobre a necessidade da manutenção do CVD, visando à redução de seu tempo de uso.

DESCRIPTORIOS: prevenção de infecção; infecção urinária; bundle; Enfermagem.

¹Enfermeira. Especialista em Centro de Terapia Intensiva pela UECE e em nefrologia pela UFMA. Mestre em Enfermagem pela UFC. Assessora de enfermagem da UTI 4 – IJF. E mail: kariziaenfermeira@gmail.com

²Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Terapia intensiva e em Cardiologia. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIATENEU. Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Terapia Intensiva - IJF.

³Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela UECE. Residência em Assistência em Transplantes. Diarista da UTI 3 do IJF.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Diarista da UTI 5 - IJF.

⁵Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela UECE. Assessora de enfermagem UTI 6 - IJF

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larissa Alves de Sousa¹; Ana Vitória Andrade de Sousa Mendes¹; Laís Fernandes Melo Ferreira¹; Janaina Rodrigues da Silva¹; Érika da Silva Bandeira²

INTRODUÇÃO: A craniectomia descompressiva é um procedimento cirúrgico, com o objetivo de remover parte do osso craniano e permitir que o tecido cerebral se expanda, reduzindo assim a pressão intracraniana. Nesse caso, o flap ósseo retirado pode ser alojado temporariamente no tecido subcutâneo abdominal. A assistência de enfermagem ao paciente nessa situação requer conhecimento teórico-prático aprimorado, afim de prevenir, detectar e intervir na monitorização intensiva e nas complicações clínicas, para recuperação segura do paciente. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada na assistência ao paciente em pós-operatório imediato de craniectomia descompressiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, matriculados na disciplina de Estágio Supervisionado II - Internato, cujas práticas ocorrem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de nível terciário, localizado em Fortaleza-CE, no período de fevereiro a maio de 2022. **RESULTADO:** Inicialmente, a assistência prestada por estudantes de enfermagem a um paciente em pós-operatório imediato de craniectomia descompressiva foi um momento desafiador, devido à complexidade do quadro clínico. No entanto, o aprofundamento teórico, assim como o suporte ofertado pelos profissionais da unidade proporcionaram aprendizado e segurança ao atendimento do paciente. Os estudantes de enfermagem contribuíram com a realização do exame físico, manejo das feridas cirúrgicas, drenos e cateteres, posicionamento correto do paciente no leito (cabeceira elevada a 30° e cabeça em posição neutra), monitoramento dos sinais vitais, balanço hídrico, das drogas em infusão e capnografia, além de organização de material para Derivação Lombar Externa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que a assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório imediato de craniectomia descompressiva requer manejo clínico adequado por profissionais especializados e experientes. Os estudantes de enfermagem podem atuar no auxílio dos enfermeiros, sendo este um momento enriquecedor para o desenvolvimento do raciocínio clínico e aprimoramento do conhecimento. **Descritores:** Craniectomia Descompressiva; Cuidados de Enfermagem; Estudantes de Enfermagem

Estudante de Enfermagem, da disciplina Estágio Supervisionado II – Internato, do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). E-mail: enfanavitoriaandrade@gmail.com

²Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Enfermeira da Emergência do IJF.

EXPERIENCIANDO ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Carla Daniele Mota Rêgo Viana¹; Carlos Jerson Alencar Rodrigues²; Camilla Fonseca de Medeiros Guedes³; Lucivania de Lima Maia⁴; Sandra Valéria dos Santos Oliveira⁵

INTRODUÇÃO: O enfermeiro vem ocupando, cada vez mais, cargos gerenciais nos serviços de saúde pública, desenvolvendo seu trabalho em consonância com eixos normativos do SUS e aspectos éticos. É um grande desafio, considerando os percalços enfrentados no caminho árduo que é a gerência em serviços públicos. Considerando a perspectiva de gestão de enfermagem em unidades de internação clínica, objetivou-se relatar as experiências e estratégias de gestão em enfermagem em unidades de internação clínica de um hospital referência em trauma. **MÉTODO:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado nas práticas de gestão vivenciadas em 05 (cinco) unidades de internação clínica de um hospital público de referência, no decorrer de 1 (um) ano. **RESULTADO:** Em 1 (um) ano na gestão de 05 Unidades, observou-se 04 (quatro) aspectos, em ordem de execução: Gestão de Pessoas (conferência e confecção de escalas, acompanhamento de frequência funcional e atestados, sistema extras, etc.), Desenvolvimento de atividades administrativas (resposta a processos administrativos, envios e respostas a comunicações internas, avisos, etc.), Acompanhamento de rotinas assistenciais (acompanhamento da assessoria de enfermagem, indicadores assistenciais, etc.), Gestão de Equipamentos (verificação de tombamentos, planilhas e afins, etc.). Atividades como: colaboração no ensino na pesquisa e trabalho/interação multidisciplinar, por vezes, são tangenciados por falta de tempo hábil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Propõe-se fluxos de tarefas gerenciais para que as atividades possam ser melhor empreendidas; também capacitações que abordem temas sobre o gerenciamento em unidades hospitalares e liderança de enfermagem

Descritores: Unidades de internação. Gestão em saúde. Qualidade da assistência à saúde.

¹ Enfermeira. Coordenadora das Unidades de Internação Clínica do Instituto Dr. José Frota. Doutora em Educação, Mestre em Cuidados Clínicos, Especialista em Terapia Intensiva, Gestão Hospitalar, Cuidados Paliativos, Psicopedagogia. E-mail: profdanieleviana@gmail.com

² Enfermeiro. Assessor da Unidade de Cirurgia Bucomaxilofacial do Instituto Dr. José Frota. Especialista em Urgência e Emergência, Saúde Mental e Psiquiátrica e Saúde da Família.

³ Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Plástica do Instituto Dr. José Frota. Especialista em Terapia Intensiva.

⁴ Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Geral do Instituto Dr. José Frota. Especialista em Terapia Intensiva.

⁵ Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Geral do Instituto Dr. José Frota. Especialista em enfermagem do trabalho e saúde do trabalhador.

ENFERMAGEM EM CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO E GESTÃO

Carlos Jerson Alencar Rodrigues¹; Camilla Fonseca de Medeiros Guedes²; Lucivania de Lima Maia³; Sandra Valéria dos Santos Oliveira⁴; Carla Daniele Mota Rêgo Viana⁵

INTRODUÇÃO: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial (BMF) é uma especialidade odontológica e sua área de atuação compreende os traumas e fraturas dos ossos da face, patologias e tumores dos maxilares, alterações congênitas de crescimento facial (deformidades do crânio), doenças da Articulação Têmporo Mandibular (ATM), entre outras. O cuidado de enfermagem ao paciente dessa especialidade, realizado pelo enfermeiro, detecta, previamente, possíveis complicações, para que sejam realizados procedimentos necessários para estabilizar o paciente. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de Enfermagem sobre cuidado e gestão em uma unidade de internamento cirúrgico Buco-MaxiloFacial. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, o qual delinea as experiências vivenciadas nos processos da assistência e gestão de enfermagem a pacientes com comprometimento BMF. **RESULTADOS:** O trabalho da Enfermagem destinado a esses pacientes provém de uma união entre a gestão e cuidados diretos. A gestão vem da admissão do paciente, disposição de recursos humanos e materiais e altas hospitalares e afins. No cuidado ao paciente da BMF, o enfermeiro deve avaliá-lo, observando complicações neurovasculares e sistêmicas, bem como, realizar analgesia, instituir medidas de conforto, auxílio nas necessidades humanas básicas, prevenção de constipação, promoção da mobilidade física, prevenção de infecção, observação de sinais de hipovolemia, manter a integridade cutânea e realizar educação em saúde para preparar o paciente para o autocuidado. É primordial que a gestão esteja diretamente ligada ao cuidado de enfermagem, uma vez que uma não vive sem a outra. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O compromisso com esse processo de trabalho cuidado/gestão traz frutos positivos, que se mostram através de bons feedbacks dados por pacientes, portanto fortalecer esse processo é necessário. É pertinente que mais estudos sejam produzidos nesta temática para enriquecimento das competências em cuidado e gestão em enfermagem na BMF.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Cirurgia Bucomaxilofacial. Gestão.

¹Enfermeiro. Assessor da Unidade de Cirurgia Bucomaxilofacial do Instituto Dr. José Frota. Especialista em Urgência e Emergência, Saúde Mental e Psiquiátrica e Saúde da Família. E-mail: carlos.alencar@outlook.com.br

²Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Plástica do Instituto Dr. José Frota. Especialista em.

³Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Geral do Instituto Dr. José Frota. Especialista em enfermagem do trabalho e saúde do trabalhador.

⁴Enfermeira. Assessora da Unidade de Cirurgia Geral do Instituto Dr. José Frota. Especialista em.

⁵Enfermeira. Coordenadora das Unidades de Internação Clínica do Instituto Dr. José Frota. Doutora em Educação, Mestre em Cuidados Clínicos, Especialista em Terapia Intensiva, Gestão Hospitalar, Cuidados Paliativos, Psicopedagogia.

GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE INDICADORES DE PERMANÊNCIA EM UNIDADE DE CIRURGIA GERAL

Sandra Valéria dos Santos Oliveira¹; Carla Daniele Mota Rêgo Viana²; Camilla Fonseca de Medeiros Guedes³; Carlos Jerson Alencar Alencar Rodrigues⁴; Lucivania de Lima Maia⁵

INTRODUÇÃO: A assessoria e/ou supervisão de enfermagem em unidades de cirurgia geral desenvolve inúmeras atividades, dentre elas, o gerenciamento dos indicadores de permanência durante a internação do paciente na unidade. Os indicadores expressam o desempenho de processos durante um período de modo que se possa impor ações para melhorias e a enfermagem está diretamente relacionada a isso. **OBJETIVO:** Relatar a experiência no gerenciamento de enfermagem sobre indicadores em unidades de cirurgia geral. **MÉTODO:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado no gerenciamento de indicadores de permanência vivenciados em 02 (duas) unidades de internação de cirurgia geral de um hospital público de referência, no decorrer de 03 (três) meses. **RESULTADOS:** A assessoria de enfermagem observa e coleta os dados, compactando-os a fim de apresentá-los para buscar, então readequar as ações no que se fizer necessário. Os indicadores trabalhados no primeiro trimestre foram: número de admissões com a unidade de origem, altas, transferências interna e externa, índice de giro de leitos, tempo de permanência na unidade, taxa de ocupação, taxa de mortalidade, além dos eventos adversos e IRAS. Os mesmos permitem uma análise detalhada onde, mês a mês, são avaliados e apresentados junto a coordenação de enfermagem através de gráficos e tabelas; nas unidades esses dados são expostos em um quadro com o tema gestão a vista para que estes indicadores possam ser do conhecimento de todos os colaboradores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que o monitoramento desses indicadores é de grande relevância tendo em vista que busca melhorias nas ações prestadas, traz feedback para gestão e colaboradores e promove fluxos e procedimentos operacionais padrão.

Descritores: enfermagem; gerenciamento; assistência; cirurgia; gestão.

¹Enfermeira, assessora da unidade de cirurgia geral do Instituto Dr. José Frota, especialista em enfermagem do trabalho e saúde ocupacional. E-mail: sandrinha-valeria@hotmail.com

²Enfermeira coordenadora das unidades de internação clínica do Instituto Dr. José Frota, Doutora em educação, mestre em cuidados clínicos, especialista em terapia intensiva, gestão hospitalar, cuidados paliativos, psicopedagoga.

³Enfermeira, assessora da unidade de cirurgia plástica do Instituto Dr. José Frota, especialista em terapia intensiva.

⁴Enfermeiro, assessor da unidade de cirurgia de bucomaxilofacial do Instituto Dr. José Frota, especialista em saúde da família, saúde mental e psiquiátrica e urgência e emergência.

⁵Enfermeira, assessora da unidade de cirurgia geral do Instituto Dr. José Frota.

EFEITOS DA VIVÊNCIA EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Vitória Andrade de Sousa Mendes¹; Gabriel Leoni Holanda de Souza¹; Larissa Alves de Sousa¹; Mairla Candida Gois de Souza¹; Érika da Silva Bandeira²

INTRODUÇÃO: Queimaduras são lesões traumáticas de origem térmica, química, elétrica, biológica e/ou radioativa. As condutas iniciais destes acidentes devem ser pautadas na ciência, para que esses possam ser prevenidos de complicações para além das previstas. Na vivência prática, passa-se a dispor de uma compreensão mais abrangente sobre os métodos utilizados no tratamento de queimaduras. Contudo, há necessidade de se refletir sobre o processo formativo do enfermeiro a partir destas vivências, apontando suas contribuições para o desenvolvimento do cuidado ao paciente queimado. **OBJETIVO:** Relatar os efeitos da experiência vivenciada em um Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) na formação dos acadêmicos de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior matriculados na disciplina do Supervisionado II/Internato, em um Centro Especializado em Tratamento de Queimaduras, localizado em Fortaleza-CE, no período de fevereiro a maio de 2022. **RESULTADOS:** A vivência no Centro de Tratamento de Queimaduras proporcionou aos acadêmicos de enfermagem o primeiro contato com o atendimento ao paciente vítima de queimadura. Os estudantes tiveram a oportunidade de fazer parte da rotina do setor, de prestar a assistência de enfermagem direta ao paciente queimado, principalmente no que se refere a balneoterapia e o manejo das lesões de pele. Durante a vivência, foi possível correlacionar a teoria e a prática, refletir sua contribuição com o processo de desenvolvimento do pensamento crítico para a tomada de decisão, assim como na percepção sobre o manejo da dor e o relacionamento enfermeiro-paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que a inserção do interno de enfermagem na assistência ao paciente queimado foi fundamental para se fortalecer a compreensão do atendimento humanizado e tomada de decisão no manejo da dor, nas complicações e lesões de pele.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Unidades de Queimados; Estudantes de Enfermagem.

Estudante de Enfermagem, da disciplina Estágio Supervisionado II – Internato, do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). E-mail: enfanavitoriaandrade@gmail.com

²Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Enfermeira da Emergência do IJF.

