

PESQUISAS E RELATOS SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

VOLUME 4

**Organizador:
Daniel Luís Viana Cruz**



PESQUISAS E RELATOS SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

VOLUME 4

**Organizador:
Daniel Luís Viana Cruz**



Editora Omnis Scientia

PESQUISAS E RELATOS SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

Volume 4

1ª Edição

RECIFE - PE

2024

EDITOR-CHEFE

Me. Daniel Luís Viana Cruz

ORGANIZADOR

Me. Daniel Luís Viana Cruz

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho - ESS-UTAD - Portugal

Dr. Cássio Brancaleone - UFFS - Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva - UEPa - Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão - UPE - Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior - UFRPE - Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior - UFRPE - Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes - UFPE – Brasil

EDITORES DE ÁREA - CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

ASSISTENTE EDITORIAL

Thialla Larangeira Amorim

IMAGEM DE CAPA

Freepik

EDIÇÃO DE ARTE

Gabriel Luan Viana Dionisio

REVISÃO

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

P474 Pesquisas e relatos sobre ciências da saúde no Brasil :
volume 4 [recurso eletrônico] / organizador Daniel Luís
Viana Cruz. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2024.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6036-203-1

DOI: 10.47094/978-65-6036-203-1

1. Educação em saúde - Aspectos sociais - Brasil.
2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Saúde pública - Brasil.
4. Serviços de saúde - Brasil. 5. Hábitos de saúde. I.
Cruz, Daniel Luís Viana. II. Título

CDD23: 613

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Nestas páginas, mergulhamos em um compêndio robusto e esclarecedor, intitulado “Pesquisas e Relatos sobre Ciências da Saúde no Brasil”, Volume 4. Este livro é uma ode ao esforço coletivo de mentes brilhantes que dedicaram tempo, paixão e rigor acadêmico para desvendar os intrincados caminhos da saúde em nossa terra.

A obra não apenas destaca as realizações no campo da saúde, mas também ilustra os desafios enfrentados por aqueles que buscam avançar nosso entendimento sobre a complexidade do corpo humano e das dinâmicas sociais relacionadas. Cada autor, com sua expertise única, contribui para a construção de um mosaico que reflete não apenas o estado atual, mas também os horizontes promissores que se abrem diante de nós.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 11, intitulado “REVISÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO PARA O ESTUDO RADIOGRÁFICO DE ANOMALIAS DENTÁRIAS”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....00

A SAÚDE ANIMAL E O USO DO ANTICONCEPCIONAL

Luísa Lima Nantes de Oliveira

Alessandra Christiane Sena Rasori

André Luiz Baptista Galvão

Everton Ferreira Lima

Vanessa Anny Souza Silva

DOI: 10.47094/978-65-6036-203-1/12-23

CAPÍTULO 2.....00

ADOLESCENTES: DOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS AO CONHECIMENTO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E RELAÇÃO COM SAÚDE BUCAL

Joice Monteiro Paulino

Dhavyd da Costa Viana

Gabriela Silva Cruz

Letícia Pereira Felipe

Maria Rayssa do Nascimento Nogueira

Rafaela Soares de Castro

Francisco Nalberth Santos Silva

Ana Carolina Farias da Silva

Wilner Augusto Pedro da Silva

Davide Carlos Joaquim

Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves

Ana Caroline Rocha de Melo Leite

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/24-38

CAPÍTULO 3.....00

**DIAGNÓSTICO DA REALIDADE DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS POR
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: CONHECIMENTO, ACOMETIMENTO E NOTIFICAÇÃO**

Beatriz Oliveira Lopes

Hadassa Viana Dimas

Rafaela Soares de Castro

Francisco Nalberth Santos Silva

Ana Carolina Farias da Silva

Maria Rayssa do Nascimento Nogueira

Letícia Pereira Felipe

Wilner Augusto Pedro da Silva

Moia da Silva

Davide Carlos Joaquim

Rodolfo de Melo Nunes

Ana Caroline Rocha de Melo Leite

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/39-53

CAPÍTULO 4.....00

**DIÁLOGOS SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA**

Ana Beatriz da Silva

Ana Clara de Souza Rêgo

Aline Gabrielle Gomes da Silva

Janaina Fernandes Gasques Batista

Joyce Soares de Freitas

Lívia Natany Sousa Morais

Licia Gabrielle Gomes de Oliveira

Helena Júlia Pereira de Lima

Fernando Vinicius de Oliveira Silva

Mariana Mayara Medeiros Lopes

Letícia Emilly da Silva Morais

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/54-63

CAPÍTULO 5.....00

DISFUNÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL EM PACIENTES GRAVES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Jacqueline Jaguaribe Bezerra

Rita Maria de Almeida Pereira Lemos

Moema Maria de Freitas Batista

Rodrigo Jaguaribe Bezerra

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/64-72

CAPÍTULO 6.....00

ELETROCARDIOGRAMA E RADIOAGRAFIADO TÓRAX: DA ANATOMIA AO DIAGNÓSTICO DAS PRINCIPAIS CARDIOPATIAS EM CÃES

Fernanda Gabriele Tomaz Brito

Sara Rodrigues Silva

Juliany Kelly Costa de Lima

Mylenna Ivina Almeida Ferreira

Raimifranca Maria Sales Vêras

Vanessa Anny Souza Silva

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/73-86

CAPÍTULO 7.....00

MEDICINA VETERINÁRIA E A LEISHMANIOSE VISCERAL

Karinny Rocha de Araújo

Juliany Kelly Costa de Lima

Sabrina Araujo de Sousa

Vanessa Anny Souza Silva

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/87-100

CAPÍTULO 8.....00

**MÉDICOS COM COVID-19 NO PARÁ NO PERÍODO DE 2020-2022: ESTUDO CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICO**

Adão Ferreira de Souza

Bruce Barros Alves

Helena Andrade Zeferino Brígido

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/101-115

CAPÍTULO 9.....00

O PAPEL DO TNF- α NA ETIOPATOGENESE DA HIDRADENITE SUPURATIVA

Akíria Ohana Torreão

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/116-121

CAPÍTULO 10.....00

**PRINCIPAIS FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO: REVISÃO INTEGRATIVA**

David Lopes Neto

Helton Camilo Teixeira

Nadyla Marina França Souto

Marlei Novaes de Sousa

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/122-131

CAPÍTULO 11.....00

**REVISÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO PARA O ESTUDO RADIOGRÁFICO
DE ANOMALIAS DENTÁRIAS**

Gabriella Lopes de Rezende Barbosa

Ramiro Vilela Junqueira Neto

Carlos Eduardo Monteiro Ramos

Luciana Neves Machado Rezende

DOI:10.47094/978-65-6036-203-1/132-163

DISFUNÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL EM PACIENTES GRAVES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Jacqueline Jaguaribe Bezerra¹;

Rita Maria de Almeida Pereira Lemos²;

Moema Maria de Freitas Batista³;

Rodrigo Jaguaribe Bezerra⁴.

RESUMO: Este trabalho discorre sobre as intercorrências gastrointestinais em pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que fazem uso de terapia nutricional enteral. Vários estudos apontam que os problemas mais comuns no trato gastrointestinal presentes nesses pacientes são: refluxo gastroesofágico; gastroparesia; diarreia; constipação e íleo adinâmico, devendo ser monitorados e acompanhados. O manejo nutricional na disfunção do trato gastrointestinal reflete diretamente na resposta clínica destes pacientes, sendo necessário identificar a causa para tratá-la conforme protocolos embasados e seguidos pela equipe de saúde. Essa prática tem efeito positivo na tolerância a Nutrição Enteral pelo paciente como proporciona o atingimento das metas nutricionais que impacta positivamente na recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Gastroparesia. Diarreia. Constipação.

GASTROINTESTINAL TRACT DYSFUNCTION IN SICK PATIENTS USING ENTERAL NUTRITIONAL THERAPY

SUMMARY: This work discusses gastrointestinal complications in critically ill patients in the Intensive Care Unit (ICU), who use enteral nutritional therapy. Several studies indicate that the most common problems in the gastrointestinal tract present in these patients are: gastroesophageal reflux; gastroparesis; diarrhea; constipation and adynamic ileus, which should be monitored and monitored. Nutritional management in gastrointestinal tract dysfunction directly reflects on the clinical response of these patients, and it is necessary to identify the cause to treat it according to protocols based on and followed by the healthcare team. This practice has a positive effect on the patient's tolerance to Enteral Nutrition as it allows for the achievement of nutritional goals, which positively impacts the patient's recovery.

KEY-WORDS: Gastroparesis. Diarrhea. Cold.

INTRODUÇÃO

Conforme a Resolução RDC nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Nutrição Enteral é definida como:

alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada de composição química definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada por uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

A terapia nutricional para o paciente crítico deve ser iniciada o mais rápido possível, a fim de evitar maiores danos à saúde do paciente. Essa introdução precoce de nutrientes pode reduzir o estresse oxidativo e a resposta inflamatória, bem como auxiliar na preservação da mucosa intestinal e no fornecimento adequado de nutrientes, prevenindo ou minimizando o déficit nutricional (Silva *et al*, 2021, p.105). Conforme Barreto *et al* (2023) a disfunção do trato gastrointestinal (DFGI) é um problema importante, com 60% de incidência em pacientes graves internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua presença gera resultados clínicos desfavoráveis, como aumento de infecções oportunistas, da internação hospitalar, do quadro de desnutrição e da mortalidade. O manejo farmacológico e nutricional na disfunção do trato gastrointestinal tem reflexo direto na resposta clínica destes pacientes. Alguns quadros clínicos podem alterar a motilidade do trato gastrointestinal. As alterações nas contrações musculares são provocadas pelo estresse relacionado à doença. A função de secreção e absorção de nutrientes dos pacientes críticos são prejudicadas, bem como a composição e comportamento da microbiota intestinal (Heinonen *et al*, 2020). Os problemas mais comuns no trato gastrointestinal presentes em pacientes críticos e que devem ser identificados e monitorados são: refluxo gastroesofágico; gastroparesia; diarreia; constipação; íleo adinâmico (Barreto *et al*, 2023). Todas essas condições podem ter etiologias diversas e diferentes graus de gravidade. Dessa forma, cada uma delas exige condutas específicas para o diagnóstico adequado e à medida que o paciente evolui no ambiente de UTI. Dentre estas complicações gastrointestinais, a mais comum é a diarreia, que se considera a ocorrência de três ou mais evacuações líquidas ao dia. Os profissionais da equipe de saúde devem se atentar para otimizar os benefícios de eventuais intervenções nutricionais, conforme Castro *et al* (2023), evidências corroboram a alteração da função gastrointestinal com a trajetória clínica de pacientes em estados graves. Pacientes com disbiose (desequilíbrio da microbiota intestinal) têm aumento da permeabilidade intestinal e modulação imune, favorecendo estados pró-inflamatórios (McClave *et al*, 2016). Os estudos disponíveis reforçam a importância e a relevância clínica de um intestino funcionando em pacientes graves (Barreto *et al*, 2023). O início da doença grave altera de imediato o trato gastrointestinal, favorecendo complicações abdominais e extra-abdominais. É preciso que se instale uma série de procedimentos, para garantir que complicações relacionadas

a função gastrointestinal de pacientes críticos não se refletem em uma maior mortalidade. É importante a rápida identificação de episódios de agressão gastrointestinal aguda, para que a equipe de saúde aja de forma correta evitando intercorrências. A agressão gastrointestinal é classificada por meio de uma escala que vai de I a IV. Desse modo, a progressão da gravidade eleva o risco de falência dos órgãos e aumenta a chance de morte (Reintam *et al*, 2013).

São utilizados outros escores para estimar o prognóstico do paciente em estado grave em UTI (Barreto *et al*, 2023). Uma das mais comuns é a pontuação de falência gastrointestinal (conhecida pela sigla GIF), que é mensurada pelos sintomas abdominais e pela pressão intra-abdominal (Reintam *et al*, 2021). A presença isolada da pressão intra-abdominal não é suficiente para caracterizar a disfunção gastrointestinal, uma vez que a GIF tem como principal objetivo fazer um diagnóstico precoce de problemas no trato gastrointestinal. Um intestino funcional no paciente grave é de grande importância e relevância clínica. Ações que busquem equilibrar a função da barreira intestinal, a simbiose e a homeostase podem contribuir com a recuperação, enquanto a não reversão do ciclo vicioso de aumento da permeabilidade, disbiose e inflamação pode levar a piores resultados (Castro *et al*, 2023). Este trabalho tem como principal objetivo discorrer sobre as alterações do trato gastrointestinal em paciente internado em ambiente de terapia intensiva, suas implicações e condutas nutricionais.

METODOLOGIA

Foram pesquisados artigos, protocolos e diretrizes sobre o manejo do paciente internado em ambiente hospitalar em uso de terapia nutricional e a apresentação de disfunção gastrointestinal. A princípio realizou-se pesquisa, por meio da busca de material sobre o tema a ser abordado, em revistas, periódicos, manuais, teses, livros e base de dados eletrônicos (Lilacs, Medline e Scielo). Para tanto, utilizou-se as palavras-chave (nutrição enteral; função gastrointestinal; diarreia; gastroparesia; unidade de terapia intensiva). O período correspondente a essa busca foi de 10 anos, dando-se preferência aos idiomas português e inglês. Esta pesquisa discorre sobre as intercorrências gastrointestinais e suas causas que afetam os pacientes críticos internados em unidade de Terapia Intensiva em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE) através de sondas nasoenteral (SNE), gastrostomia ou jejunostomia.

DESENVOLVIMENTO

A grande parte das diretrizes recomenda o início da terapia nutricional enteral no período de 24 e 48 horas após a admissão em UTI diante dos benefícios observados (Singer *et al*, 2019). Em pacientes com danos à função gastrointestinal, esta recomendação é acom-

panhada do monitoramento tolerância do paciente em relação à nutrição enteral. Dessa forma, inicia-se precocemente intervenções nutricionais após tratamento de anormalidades do trato gastrointestinal (Barreto *et al*, 2023). Não se deve suspender a intervenção nutricional sem evidência forte de intolerância digestiva (Barreto *et al*, 2023). Os sinais e sintomas gastrointestinais mais presentes em pacientes críticos são intolerabilidade enteral, diarreia, resíduo gástrico elevado, hipertensão intra-abdominal (HIA). A resposta inflamatória gerada durante a doença grave, como o trauma intestinal e a sepse, que estimulam a liberação de citocinas inflamatórias, levam à migração de monócitos para a musculatura do TGI. Assim, desenvolve um processo inflamatório celular levando à perda ou disfunção das células intersticiais de Cajal (marcapasso gástrico), responsáveis pela contração gastrointestinal (Castro *et al* (2023)). Os pacientes que não receberem o aporte calórico e proteico recomendados por meio da Nutrição Enteral, na primeira semana de UTI, devem ser avaliados para a introdução da Nutrição Parenteral, considerando vantagens e prejuízos (Barreto *et al*, 2023). Devem ser considerados todos os recursos nutricionais e medicamentosos para maximizar a tolerância gastrointestinal e em último recurso utilizar a nutrição parenteral (Singer *et al*, 2019). Deve ser priorizada a nutrição parenteral suplementar, variando de acordo com a diretriz consultada. A nutrição parenteral suplementar deve ser iniciada quando a oferta proteico-calórica através da nutrição enteral é inferior a 60% das necessidades diárias, em um período de 03 dias após entrada na UTI (Singer *et al*, 2019). Para a nutrição parenteral total, a recomendação deve ser para aguardar, pelo menos, 7 dias para se ter a certeza de que o paciente não tolera a capacidade de ingestão oral voluntária e/ou a nutrição enteral mantém-se inviável (McClave *et al*, 2016).

Dietas oligoméricas e elementares podem auxiliar na resolução da intolerância gastrointestinal, principalmente quando a causa é alteração na digestão, porém em alguns casos, essas fórmulas podem piorar a intolerância por terem maior osmolaridade, sendo uma estratégia utilizada a troca da formulação para oligomérica e avaliar como o paciente responde nas próximas 24 horas. É importante também verificar a osmolaridade de medicamentos administrados pelo cateter enteral e da fórmula da dieta que o paciente está recebendo. A prescrição de hidratação via SNE deve ser suspensa enquanto o paciente apresenta intolerância gastrointestinal exceto nos casos em que haja contra-indicação, como por exemplo na hipernatremia. O aumento do volume de resíduos gástricos é um fator de risco para aspiração e pneumonia, por isso quando houver volume residual gástrico > 500 ml em 6 horas ou 250 ml em uma aferição com o cateter em drenagem por aproximadamente 30 minutos ou até não apresentar mais débito. Neste caso deve-se atrasar o início ou suspender a TNE, iniciar pró-cinéticos e elevar a cabeceira da cama do paciente e afastar outras complicações gastrointestinais, como obstrução, por exemplo. A aferição de resíduo gástrico deve ser realizada somente quando o paciente apresentar vômito em grande quantidade, distensão abdominal importante e/ou dor abdominal. (Singer *et al*, 2019; Barreto *et al*, 2022; Brasil, 2021). A diarreia se caracteriza por 03 episódios de evacuação ou mais por dia na consistência líquida ou semi-líquida ou uma eliminação de fezes com alteração de volu-

me e liquidez. É uma complicação de origem multifatorial e no paciente crítico as principais causas são medicamentos, infecções, a doença de base e fatores relacionados à enteral (osmolalidade, velocidade de administração, temperatura da fórmula, teor de lipídeos, entre outros). A causa deve ser identificada e tratada. (Brasil 2021). Goldstein (2015) identifica as principais medidas preventivas como redução de medicamentos inibidores da bomba de prótons, higienização e desinfecção adequada de ambiente, equipamentos, lavagem correta de mãos da equipe de saúde e diagnóstico precoce de infecção por bactérias com isolamento dos pacientes infectados. Conforme Moutinho e Neto (2020) o sistema gastrointestinal é sensível às alterações da PIA (Pressão Intra Abdominal), e o comprometimento da perfusão intestinal ocorre precocemente nas dimensões cardíaca, respiratória e renal. Esse tipo de lesão pode contribuir para a translocação bacteriana no intestino e predispor o paciente à sepse e ao aumento da mortalidade. Algumas condições relacionadas com o paciente grave predis põem à redução da motilidade gastrintestinal e, associadas a outros fatores, pode somar a favor da HIA (Hipertensão Intraabdominal). A drenagem nasogástrica ou retal, os agentes procinéticos e a correção de distúrbios eletrolíticos são medidas simples que podem ser utilizadas nesse sentido, caso haja suspeita de distensão intestinal. Quanto à prevenção e ao manejo da HIA, as medidas são tomadas conforme o mecanismo de atuação, assim como foram divididos os fatores de risco. Cheatham et al (2000) *consideram cinco objetivos clínicos: evacuação dos conteúdos intraluminais, aumento da complacência abdominal, diminuição do volume de lesões abdominais, otimização da administração de fluidos e otimização da perfusão tecidual sistêmica e periférica*. Há um protocolo para a implementação de medidas em cada etapa, e a sistematização de manejo mostra benefícios quanto ao desfecho do paciente, prevenindo a evolução para laparotomia descompressiva (LD) e melhorando os resultados a longo prazo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em estudo realizado por Nunes e Rosa (2012) dos pacientes críticos analisados, 77,3% apresentaram algum tipo de complicação gastrointestinal, sendo a mais frequente vômito (36,3%), seguida de diarreia (31,8%) e constipação intestinal (31,8%). Neste trabalho foi observada elevada frequência de complicações gastrointestinais sendo preocupante, pois pode influenciar na continuidade da terapia enteral e interferir na oferta nutricional adequada desses pacientes. O estudo sugere a utilização de protocolo e indicadores de qualidade em Unidades de Terapia Intensiva, por meio de condutas padronizadas, que reforcem a importância dos relatos dessas complicações durante a terapia nutricional enteral. Um estudo publicado por Silva *et al* (2020) foram avaliados 19 pacientes em alimentação exclusiva por sonda, sendo que a maioria fez uso de antibióticos e metade deles apresentou quadro diarreico. Este estudo concluiu que é de suma importância a elaboração de um instrumento para controle e intervenção nutricional em pacientes com diarreia para evitar perdas nutricionais e atingir as metas calóricas, proteicas e de outros nutrientes importantes

para a recuperação do paciente. Outro estudo (Barreto, 2020), demonstra que a monitorização do trato gastrointestinal feita de forma sistemática e protocolada pela equipe de saúde tem um efeito positivo na tolerância a Nutrição Enteral como facilita o atingimento das metas nutricionais. Em estudos com mais de 5000 pacientes críticos em UTI evidenciou-se que a implantação de protocolos baseados em evidências de Terapia Nutricional antecipou o início da oferta enteral mais precocemente que os locais que não dispunham de protocolos. Nunes *et al* (2012) em seu estudo constatou que dos 77,3% dos pacientes críticos internados em UTI sofreram pelo menos um distúrbio gastrointestinal, sendo alta a frequência de vômito, diarreia e constipação intestinal. Igual resultado foi encontrado por Oliveira *et al* (2010) que observou complicação gastrointestinal sendo a mais prevalente a constipação seguida de diarreia. Em estudo de revisão de literatura, Guerra *et al* (2013) constatou na pesquisa da literatura, que a constipação em pacientes críticos foi pouco pesquisada e revisada em poucas publicações. A incidência varia de 15% a 83%, em virtude da escassez de definição para constipação aplicável a esses pacientes. A etiologia é bastante complexa, uma vez que o intestino é um órgão extremamente vulnerável a distúrbios sistêmicos, cardiovasculares e pulmonares. O uso de opioides, hipotensão e hipoxemia tornam esses pacientes mais suscetíveis a obstipação intestinal. Também se vinculou a essa disfunção, problemas no desmame da ventilação mecânica e o aumento na mortalidade, a presença de infecções e maior tempo de permanência hospitalar. Com esses resultados sempre é reforçado o uso de protocolos e indicadores de qualidade em UTI, por meio de padronização que reforçam a importância da formalização dos relatos para que a oferta da terapia nutricional não seja subutilizada e o paciente não tenha acesso ao aporte de nutrientes adequado. Vários estudos (Fujino e Nogueira, 2007) apontam os benefícios da utilização da Terapia Nutricional precoce (02 a 48h) após trauma físico, cirúrgico ou sepse, pois evita a secreção de hormônios excessiva de hormônios catabólicos, favorece a preservação do estado nutricional e diminuição de balanço nitrogenado negativo. Em muitos casos a oferta da Nutrição enteral em pacientes críticos em UTI é prejudicada por eventos gastrointestinais, como estase, vômitos, diarreia e distensão abdominal, suspensão da dieta (coleta de exames, procedimentos médicos, de enfermagem, de fisioterapia). Outros eventos que podem influenciar negativamente são a mecânica ventilatória, a sedação, o uso de antibióticos e outras drogas. Como consequência observamos a oferta inadequada de calorias e proteínas, comparada com as metas nutricionais calculadas. Observou-se nos estudos que as complicações gastrointestinais são preocupantes, pois podem interferir na manutenção da terapia enteral e conseqüentemente no adequado aporte nutricional desses pacientes. É primordial a implantação de protocolo e indicadores de qualidade em unidade de terapia intensiva, por meio de condutas padronizadas que reforcem as anotações destas complicações para que sejam tomadas decisões acertadas durante a terapia nutricional enteral.

CONCLUSÃO

Levando tudo isso em conta, os cuidados em relação ao manejo da disfunção do trato gastrointestinal estão relacionados com o impacto desse quadro no desfecho clínico, isso inclui desde o reconhecimento e avaliação a partir de sintomas iniciais, assim como todas as intervenções necessárias para otimizar a tolerância da terapia nutricional, o que permite um melhor aproveitamento dos nutrientes e manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente crítico. Para tal reforça-se a importância da elaboração e implantação de protocolos clínicos e nutricionais, para que os profissionais possam se orientar e fazer anotações de registros das intolerâncias enterais e melhor orientar os cuidados.

REFERÊNCIAS

BARRETO, P., DE ASSIS, T., CASTRO, MG., ROSENFELD, RS., DUPRAT, G., COSTA, R., GONÇALVES, T. J. M. Manejo da disfunção trato gastrointestinal na UTI. **Braspen Journal** V.37, n.3, 228-43. 2022. Disponível em: https://www.braspen.org/_files/ugd/cba_c6c_fc1bd_c762c254488a0_a567_0ec75d4433.pdf Acesso jan. 2023.

BRASIL. Min. da Saúde. Sec. de Vig. Sanitária. **Resolução RDC nº 63, de 06 de julho de 2000** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.pdf. Acesso 17/12/23.

BRASIL. Terapia nutricional para pacientes em cuidados intensivos. Univ. Federal do Triângulo Mineiro. **EBSERH**. 1-30. 2021.

CASTRO MG, RIBEIRO PC, SOUZA IAO, CUNHA HFR, SILVA MHN, ROCHA EEM, et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional em pacientes graves. **Braspen Journal**. 2023; 38 (Supl2):2-46 Disponível em: https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_695_255f33d114c-dfba48b437486232e7.pdf Acesso em jan. 2023.

CHEATHAM ML, WHITE MW, SAGRAVES SG, JOHNSON JL, BLOCK EF. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension. **J Trauma**. 2000;49(4):621-6; discussion 626-7. doi: <https://doi.org/10.1097/00005373-200010000-00008>.

FUJINO, V. NOGUEIRA, ABNS. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. *Arq. Ciência Saúde*

GOLDSTEIN E.J. Pathway to Prevention of Nosocomial Clostridium difficile Infection. **Clinical Infectious Diseases**, 2015; 60(S2):S148–58. DOI: 10.1093/cid/civ142.

GUERRA, TLS. MARSHALL, NG. MENDONÇA, SS. Incidência de fatores de risco e prognóstico de pacientes críticos portadores de constipação intestinal. *Com. Ciências Saúde*. V.22. n.4. 57-66. 2013.

HEINONEN T, FERRIE S, FERGUSON C. Gut function in the intensive care unit: what is 'normal'? **Aust Crit Care**. 2020;33(2):151-4. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(18\)30099-7/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(18)30099-7/fulltext) Acesso nov. 2022.

MCCLAVE SA, LOWEN CC, MARTINDALE RG. The 2016 ESPEN Arvid Wretling lecture: the gut in stress. **Clin Nutr**. 2018;37(1):19-36. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(17\)30256-X/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(17)30256-X/fulltext) Acesso nov. 2022.

MOUTINHO LE, FONSECA N. Hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental abdominal **Rev Soc Bras Clin Med**. 2020;18(4):237-44. Disponível em <https://efaidnb-mnnbpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361669/237-244.pdf> Acesso 17/12/23.

NUNES, GKF. ROSA, LPS. Complicações gastrointestinais de Terapia Nutricional em pacientes em estado crítico. **Brasília Med**. V.49. n3. 158-162. 2012.

Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: **Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)**. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**. 2016;40(2):159-211. Disponível em: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607115621863> Acesso jan. 2023.

OLIVEIRA SM, BURGOS MGPA, SANTOS EMC, PRADO LVS, PETRIBÚ MMV, BOMFIM FMTS. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-protéica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Terapia Intensiva**. 2010;22(3):270-3.

REINTAM BLASER A, POEZE M, MALBRAIN ML, BJÖRCK M, OUDEMANSVAN STRAATEN HM, STARKOPF J; Gastro-Intestinal Failure Trial Group. Gastrointestinal symptoms during the first week of intensive care are associated with poor outcome: a prospective multicentre study. **Intensive Care Med**. 2013;39(5):899-909. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625421/> Acesso mar. 2023.

REINTAM BLASER A, PADAR M, MÄNDUL M, ELKE G, ENGEL C, FISCHER K. Development of the Gastrointestinal Dysfunction Score (GIDS) for critically ill patients: a prospective multicenter observational study (iSOFA study). **Clin Nutr**. 2021;40(8):4932-40. Disponível em [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(21\)00349-6/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00349-6/fulltext) Acesso mar.2023.

SILVA, D.P, CARVALHO, N.A, BARBOSA, L.S. Adequação da terapia nutricional enteral, complicações gastrointestinais e intercorrências em pacientes críticos. **Revista de Associação Brasileira de Nutrição**, v.12, n.1, p.104-115, 2021.

SILVA, LSA. HAIRRMAN, RS. LOPES, EFB, OLIVEIRA, TSS. Frequência de diarreia em pacientes em nutrição enteral de uma unidade de cuidados continuados integrados. **Brazilian Journal of Development**. V.6. n.9. p. 71352 – 71365.2020.

SINGER P, BLASER AR, BERGER MM, ALHAZZANI W, CALDER PC, CASAER MP. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. **Clin Nutr.** 2019;38(1):48-79. [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(18\)32432-4/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(18)32432-4/fulltext) Acesso jan. 2023.

ÍNDICE REMISSIVO

A

acidente vascular encefálico (AVE) 122, 123
acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH) 122
adolescentes 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38
afecções cardíacas 73
ambiente de trabalho 47, 101, 107
animais 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 45, 48, 73, 74, 75, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 98
animais domésticos 12, 13, 14, 22, 48, 84, 85, 87, 88
Anomalia Bucal 133
anomalias dentárias 132, 133, 143, 161
anticoncepcionais 12, 14, 16, 18, 19, 22, 23
aspectos imaginológicos 132
Assistência à Saúde 55, 56, 58
atenção hospitalar 55, 56
Atenção Primária à Saúde (APS) 40, 42
atendimentos veterinários 73
atividade elétrica do coração 74, 77
autoexame 25, 31, 32, 33, 34
autoexame bucal 26
autopercepção 26, 28, 30, 34
avaliação cardiovascular 73

C

cães 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 73, 74, 75, 76, 78, 83, 84, 85, 87, 88, 93, 94, 99
cardiologia 73, 75, 84, 85
cardiopatias 73, 75, 77, 80, 84
castração 12, 14, 15, 16, 18, 20
cerebelo 122, 123, 124
cérebro 122, 123, 124
Chikungunya 40, 41, 44
Ciclo cardíaco 74, 76
cirurgião-dentista 30, 47, 50, 132
clínica odontológica 132
combate à pandemia 101, 103
condição crônica 116
Conhecimento 33, 35, 38, 41
conhecimento sobre as IST 25, 28
conscientização 13, 15, 20, 42
constipação 64, 65, 68, 70
contágio 41, 107
contaminação ambiental 12, 19, 89
controle 12, 15, 16, 19, 20, 21, 27, 44, 51, 52, 57, 60, 61, 68, 87, 89, 94, 95, 96, 97, 99, 114, 122, 129
controle populacional 12, 19

covid-19 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114

D

Dengue 40, 41, 42, 44, 47
descendentes 12, 14
Determinantes 41
diarreia 64, 65, 66, 67, 68, 71, 93
dificuldade respiratória 101, 108
disfunção do trato gastrointestinal 64, 65
Distúrbios elétricos 74
doença cutânea 116
Doença de Chagas (DC) 40, 42
Doença negligenciada 88
doenças bucais 25, 27
doença sistêmica 116, 117
doenças recorrentes 25
Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) 40, 42
doenças zoonóticas 87

E

ecocardiograma 74
eletrocardiografia 73, 80
Enfermagem 35, 38, 43, 51, 52, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 113, 130, 131
eutanásia de animais 87
exames complementares 73, 75, 77, 83
exames por imagem 132, 140, 152, 153
exames sorológicos 87, 94
exposição às IST 25

F

Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF)- α 116, 117
fêmeas 12, 16, 17, 21, 93
formação 18, 48, 55, 56, 62, 63, 78, 79, 94, 105, 141, 149, 150, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 162
funções corporais 122

G

gastroparesia 64, 65, 66
Gastroparesia 64
gatos 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 84, 85, 93, 99
genitália 25
gestação 12, 14, 16, 18, 22, 27

guarda responsável 13, 15, 19, 20

H

Hanseníase 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50

hidradenite supurativa (HS) 116, 117

higiene oral 26, 30, 34, 157

hiperplasia mamária 12, 14, 17

I

impactos 12, 14, 57

infecção hospitalar 52, 55, 56

Infecções 25, 26, 27, 33, 34, 37, 55, 56, 58, 60, 63

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 25, 27

Insuficiência cardíaca 74

intercorrências gastrointestinais 64, 66

intervenção 43, 55, 58, 59, 60, 61, 67, 68, 143, 149

isolamento 16, 68, 101, 107, 108

L

Leishmaniose 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 87, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Leishmaniose Visceral (LV) 87

lesões dolorosas 116, 117

lesões orais 25, 31, 32, 33, 34

'linha de frente" 101, 112

M

malformação 13

manejo nutricional 64

material didático 132, 133, 161, 162

maturidade sexual 12, 14

medicamento regulamentado 87

medicamentos 12, 17, 19, 21, 42, 67, 79, 92, 96, 111, 129, 154, 160

medicina veterinária 12, 14, 75, 77, 83, 85, 86, 89, 94

médicos 19, 31, 46, 69, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115

morte fetal 13, 17, 18, 20

N

nível hospitalar 55, 57

O

organização do trabalho 55, 56
órgãos complexos 122

P

pacientes caninos 73, 75
patogênese 116, 118, 119
período de vida 12
piometra 13, 14, 18, 20, 21, 23
prevenção 16, 30, 42, 45, 48, 51, 52, 57, 58, 61, 68, 87, 89, 93, 94, 97
profissionais 31, 34, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 70, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 112, 115, 123, 125
profissionais de saúde 31, 34, 37, 40, 42, 43, 46, 50, 51, 55, 57, 58, 103, 107, 115
Progestageno 13

Q

quadro clínico 101, 111
qualificação 55, 56

R

radiografia 73, 75, 77, 81, 82, 83, 141, 152
Radiografia Dentária 133
refluxo gastroesofágico 64, 65
reprodução 12, 14, 93

S

saneamento básico 42, 87, 88
saúde animal 12
saúde bucal 25, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 47
saúde humana 87, 88, 89, 94
saúde pública 12, 15, 27, 46, 94
saúde reprodutiva 12
serviços públicos de saúde 55, 56
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 40, 46
sistema nervoso central (SNC) 122, 123

T

tabagismo 116, 118, 128, 129
terapia nutricional enteral 64, 66, 68, 71
transmissão 26, 27, 31, 34, 41, 42, 45, 48, 81, 87, 89, 90, 102, 107, 108, 114

trato gastrointestinal 64, 65, 66, 67, 69, 70, 93
tronco encefálico 122, 123, 124
tutores 13, 14, 16, 19, 20

U

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 64, 65, 128
Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) 40, 42
uso de vacinas 101

V

vigilância pública 87, 89, 94
vulnerabilidade 25, 27, 32, 37, 47, 106

Z

Zika 40, 41, 44, 52



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 