

Desafios e perspectivas

na assistência à saúde da criança



Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira
Suely Lopes de Azevedo
André Ribeiro da Silva
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2022

Desafios e perspectivas

na assistência à saúde da criança



Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira
Suely Lopes de Azevedo
André Ribeiro da Silva
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Desafios e perspectivas na assistência à saúde da criança

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira
Suely Lopes de Azevedo
André Ribeiro da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D441 Desafios e perspectivas na assistência à saúde da criança / Organizadores Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira, Suely Lopes de Azevedo, André Ribeiro da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-930-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.308221602>

1. Crianças - Saúde e higiene. I. Oliveira, Aline Silva da Fonte Santa Rosa de (Organizadora). II. Azevedo, Suely Lopes de (Organizadora). III. Silva, André Ribeiro da (Organizador). IV. Título

CDD 618.92

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A obra intitulada “Desafios e Perspectivas na Assistência a Saúde da Criança Hospitalizada”, publicada pela Editora Atena, possui um arcabouço teórico de nove capítulos que versam sobre a saúde da criança em diferentes cenários de assistência.

Nesse sentido é importante pensar que, a assistência à saúde da criança encontra-se em processo de construção, assim como, a assistência em saúde de forma geral, em um contexto de transformações no modelo de assistir essa criança incorporando a família/cuidador nesse processo de cuidar de forma holística.

No bojo dessa nova perspectiva, encontra-se limites e dificuldades no que tange ao processo de trabalho das equipes de saúde e a implementação de políticas públicas que englobe as crianças. Dessa forma, os capítulos desse livro apresentam os seguintes temas:

Quatro capítulos versam sobre a assistência de enfermagem em neonatologia, são eles: Risco de queda neonatal no transporte intra-hospitalar propostas de intervenções com base no diagrama de causa – efeito; Sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro em uso de oxigenoterapia; Atuação da equipe de enfermagem diante da manipulação do prematuro extremo e, O profissional de enfermagem e a humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal. O livro possui um capítulo que versa sobre a atuação do enfermeiro na assistência materno-infantil: Fatores influenciadores do desmame precoce, transcendendo as interfaces do desdobraimento da amamentação na saúde da criança e no seu crescimento e desenvolvimento. Os dois capítulos subsequentes se complementam versando sobre: O manejo da dor em queimaduras no paciente pediátrico: uma revisão de literatura e, Cartões da dor: uma possibilidade de comunicação dos aspectos qualitativos da experiência dolorosa em crianças. Por fim, o penúltimo capítulo versa sobre: Fatores que influenciam na baixa cobertura vacinal contra o sarampo entre crianças menores de 05 anos de idade e o papel da enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. Sendo assim, finalizando nosso livro temos um capítulo sobre: O cuidado a criança com epilepsia: combatendo o desconhecimento e o preconceito. Todas as temáticas são atuais e relevantes. Gostaríamos de agradecer aos autores pelo empenho, estímulo e comprometimento com os trabalhos enviados para construção dessa obra. Esperamos que este livro contribua para os profissionais que prestam assistência as crianças em diversos cenários hospitalares, assim como, na academia, fomentando novos estudos pelos docentes, discentes, profissionais e pesquisadores. Reiteramos que os avanços e as conquistas na área temática da saúde da criança estão alicerçados em um movimento de mudança paradigmática para um modelo de construção de redes e da integralidade do cuidado.

Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira

Suely Lopes de Azevedo

André Ribeiro da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

RISCO DE QUEDA NEONATAL NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES COM BASE NO DIAGRAMA DE CAUSA-EFEITO


Livia Karoline Torres Brito
Laysla de Oliveira Cavalcante
Ana Letícia Martins Félix
Lucas Lemos Freitas
Nathália Patrício Rebouças
Larissa Brenda da Costa Moura
Noemi Andrelle Soares
Larissa Régia da Fonsêca Marinho
Roberta Luana da Conceição de Araújo Silva
Nathanael de Souza Maciel
Francisco Alves da Costa Neto
Emeline Moura Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216021>

CAPÍTULO 2..... 10

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM USO DE OXIGENIOTERAPIA


Denise da Silva Carvalho
Fernanda Coutinho da Cunha Paiva
Laura Pinheiro Gonçalves da Silva
Ligia Cristina de Oliveira Braga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216022>

CAPÍTULO 3..... 29

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA MANIPULAÇÃO DO PREMATURO EXTREMO

Denise da Silva Carvalho
Livia Mota Reis


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216023>

CAPÍTULO 4..... 40

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Roziclea Estevão do Nascimento
Danielle da Silva Mendes Dantas
Rafaela Costa Durães
Ana Carla Alves Cruz
Cláudia Bueno de Oliveira
Lúcia Helena de Oliveira da Costa
Alessandra Sodré Alves
Cristiane Gomes de Aquino
Luciana Félix de Oliveira


Simone Pinho Rozendo Leite Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216024>

CAPÍTULO 5..... 51

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL: FATORES INFLUENCIADORES DO DESMAME PRECOCE


Alessandra Sodré Alves
Ana Beatriz Alves
Jéssica Mouzinho de Pinho
Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira
Suely Lopes de Azevedo
Cláudio José de Souza
Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta
André Ribeiro da Silva
Herica Felix de Oliveira
Debora Rangel Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216025>

CAPÍTULO 6..... 64

O MANEJO DA DOR EM QUEIMADURAS NO PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA


Maria Eduarda Serafim Crispim
Maria Carolina Libório Crispim
Juliana de Ávila Lins da Cunha Lima
Flaviana Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216026>

CAPÍTULO 7..... 70

CARTÕES DA DOR: UMA POSSIBILIDADE DE COMUNICAÇÃO DOS ASPECTOS QUALITATIVOS DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA EM CRIANÇAS

Clarissa Evelyn Bandeira Paulino
Lais de Fátima Fonseca de Menezes
Luciana Moraes Studart-Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216027>

CAPÍTULO 8..... 87

FATORES QUE INFLUENCIAM NA BAIXA COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E O PAPEL DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Denise da Silva Carvalho
Marcelo Barros de Valmore Fernandes
Raquel Cardozo Cruz Maria
Vitória Caroline Alves da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216028>

CAPÍTULO 9..... 102

O CUIDADO À CRIANÇA COM EPILEPSIA: COMBATENDO O DESCONHECIMENTO E

O PRECONCEITO

Debora Rangel Moreira
Suely Lopes de Azevedo
Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta
Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira
André Ribeiro da Silva
Sueli Oliveira da Silva
Maria Lucia Costa de Moura
Jean Christ Cédras Capo-chichi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3082216029>

SOBRE OS ORGANIZADORES 120

ÍNDICE REMISSIVO 122

CAPÍTULO 1

RISCO DE QUEDA NEONATAL NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES COM BASE NO DIAGRAMA DE CAUSA-EFEITO

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 10/12/2021

Livia Karoline Torres Brito

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1744509748514083>

Laysla de Oliveira Cavalcante

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6764332238330868>

Ana Letícia Martins Félix

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2666715686357457>

Lucas Lemos Freitas

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9301643831513852>

Nathália Patrício Rebouças

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4265812671945169>

Larissa Brenda da Costa Moura

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4277954003189980>

Noemi Andrelle Soares

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7221357137626635>

Larissa Régia da Fonsêca Marinho

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3894130257000057>

Roberta Luana da Conceição de Araújo Silva

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8783130470306578>

Nathanael de Souza Maciel

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Redenção - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0212800834400587>

Francisco Alves da Costa Neto

Centro Universitário Maurício de Nassau
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2434540558110426>

Emeline Moura Lopes

Maternidade Escola Assis Chateaubriand
(UFC-EBSERH)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5098623635803435>

RESUMO: A segurança do paciente é o movimento que valoriza a realização de práticas assistenciais com qualidade e segurança, visto que as falhas trazem impactos negativos para a saúde do paciente; e para o processo de trabalho. Para que a qualidade da assistência possa se tornar uma realidade nos serviços de saúde, é de suma importância a adoção de protocolos e medidas seguras. Diante disto, o deslocamento de recém-nascidos exige uma sistemática para

que o transporte neonatal seja efetivo. O presente estudo objetivou propor intervenções para minimizar o risco de queda dos neonatos em relação ao transporte em ambiente intra-hospitalar com base no diagrama de causa-efeito. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma maternidade do município de Fortaleza no período de agosto de 2021. Nos resultados foram elencados seis eixos e causas de falhas no transporte de neonatos que podem desencadear a ocorrência de queda em ambiente hospitalar. De acordo com o diagrama causa-efeito as intervenções que podem ser adotadas para otimizar essa situação é avaliação do nível de risco da mãe e estrutura de leitos mais seguros, implementação de um fluxo de notificação e investigação de causas pós-queda, reforçar o acompanhamento pela equipe de enfermagem; e orientar as famílias sobre como evitar quedas do bebê. Conclui-se que a estratégia apresentada no estudo é importante para ter uma visão abrangente da falha de segurança do paciente e orientar a tomada de decisão nas instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Prevenção de quedas. Recém-nascido. Transporte seguro.

RISK OF NEONATAL FALL IN INTRA-HOSPITAL TRANSPORTATION: PROPOSALS FOR INTERVENTIONS BASED ON CAUSE-EFFECT DIAGRAM

ABSTRACT: Patient safety is the movement that values the performance of care practices with quality and safety; possible failures negatively impact the patient's health and the work process. Thus, for the quality of care to become a reality in health services, it is essential to adopt safe protocols and measures. Given this, the movement of newborns requires a system so that neonatal transport is effective. The present study aimed to propose interventions to minimize the risk of falls in newborns concerning transport. Inadequate in an in-hospital setting based on the cause-effect diagram. This is a qualitative study carried out in a maternity hospital in Fortaleza in August 2021. The results listed six axes and causes related to them that can trigger the occurrence of falls in the hospital environment. According to the cause-effect diagram, the interventions that can be adopted to optimize this situation are assessment of the mother's risk level and structure of safer beds, implementation of a notification flow and investigation of post-fall causes, strengthening monitoring by the nursing staff, and guide families on how to prevent the baby from falling. It is concluded that the strategy presented in the study is vital to have a comprehensive view of the failure of patient safety and guide decision-making in health institutions.

KEYWORDS: Patient safety. Fall prevention. Newborn. Safe transport.

1 | INTRODUÇÃO

Caracterizado como uma complexa organização dos serviços de saúde, o ambiente hospitalar envolve diversos profissionais que atuam em um mesmo local, com diferentes rotinas e, frequentemente, com infraestrutura inadequada, bem como falta de recursos humanos e materiais (PINHEIRO; JUNIOR, 2017). Nesse sentido, a segurança do paciente é o movimento que valoriza a realização de práticas assistenciais com qualidade e segurança, visto que as falhas trazem impactos negativos para a saúde do cliente, como

também para o processo de trabalho (BRASIL, 2017).

No Brasil, esta temática obteve notoriedade a partir de 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem como objetivo auxiliar na qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados. Dentre as diversas medidas de segurança propostas pelo PNSP, está a prevenção de quedas, como uma das metas internacionais de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Para que a qualidade da assistência possa se tornar uma realidade nos serviços de saúde, a adoção de protocolos e medidas de segurança é de suma importância a fim de evitar incidentes, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis. Entre as medidas, uma diz respeito à prevenção de quedas dos pacientes com a garantia de um transporte neonatal seguro (BRASIL, 2010).

O deslocamento de recém-nascidos exige uma sistemática para que um transporte neonatal esteja assegurado, ou seja, apresente uma adequada estabilização clínica do paciente antes que ele seja transportado, juntamente com a presença de uma equipe de transporte bem treinada a fim de direcionar os cuidados, visando organizar e uniformizar a prática (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o transporte intra-hospitalar é aquele realizado dentro da própria instituição, em caso de cirurgia ou exame nas dependências do hospital. De acordo com o Manual de Orientações sobre o Transporte Neonatal publicado pelo Ministério da Saúde, a equipe assistencial é a responsável pela indicação do tipo de transporte que será utilizado, visto que é necessária a utilização de um veículo capaz de manter um sistema seguro com capacidade de proporcionar à equipe o suporte necessário para minimizar quaisquer riscos durante o traslado (BRASIL, 2010).

Assim, a garantia do deslocamento intra-hospitalar seguro depende diretamente do planejamento e da atuação coordenada da equipe multiprofissional, como também da escolha de equipamentos adequados (BRASIL, 2010). Estudo realizado em uma maternidade pública de São Paulo mostrou a incidência de 11,36 quedas a cada 10.000 nascidos vivos e reforçou a importância da implantação de medidas para prevenção de quedas e realização de um cuidado mais seguro. As consequências deste agravo foram de nenhum ferimento até lesões moderadas como hematomas e fraturas, mas todos com boa evolução (TORINO, 2016).

O Ministério da Saúde, em 2013, lançou uma série de protocolos acerca da temática de segurança do paciente nos serviços de saúde. O protocolo de prevenção de quedas instituiu recomendações no que tange à estrutura dos serviços, educação dos profissionais, acompanhantes e cultura de segurança nos ambientes de saúde (BRASIL, 2013). Por sua capacidade de gerar mudanças com melhores resultados para os pacientes, os pesquisadores defendem a eficácia dos protocolos (RAMOS *et al*, 2008).

As ferramentas de gestão da qualidade, por sua vez, têm se mostrado cada vez mais importantes para traçar estratégias que possam ser incorporadas a fim de otimizar o

serviço prestado e a prevenção do mínimo aceitável de danos ao paciente. Neste contexto, o objetivo do estudo é propor intervenções para minimizar o risco de queda dos recém-nascidos em relação ao transporte inadequado em ambiente intra-hospitalar com base no diagrama de causa-efeito.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma maternidade de referência em ensino e pesquisa do município de Fortaleza no período de agosto de 2021, a partir de uma demanda da disciplina de prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado do programa de residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança. A atividade proposta pela disciplina consistiu na elaboração de um plano de ação com base na análise situacional de risco real para os pacientes, observada pelos residentes dentro do ambiente hospitalar.

Para o desenvolvimento deste trabalho, um grupo multiprofissional composto por dois enfermeiros e uma psicóloga debateram e identificaram a situação que seria trabalhada, ou seja, o risco de quedas em recém-nascidos em ambiente intra-hospitalar. Essa temática foi selecionada a partir da observação do descumprimento dos protocolos institucionais e de diálogos informais com profissionais atuantes na área do cuidado neonatal.

Em seguida, optou-se pela utilização do *brainstorming*, como forma de levantar as possíveis causas do problema, seguindo os seguintes passos: definição do objetivo e do contexto, relembrar as regras da técnica, exemplo inicial de ideia pelo moderador e geração de ideias pelo grupo (BRASIL, 2017).

O *brainstorming* trata-se de um procedimento de grupo com o intuito de emitir o maior número de ideias de forma livre e sem críticas (MARSHALL, 2010). Dessa forma, após o *brainstorming*, foi utilizada uma ferramenta da qualidade a partir da construção do Diagrama de Causa-efeito, ou Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Espinha-de Peixe.

O Diagrama de Causa-Efeito é uma técnica de análise estruturada em um modelo semelhante a uma espinha de peixe que pode ser utilizada para identificar e mapear as principais causas de um problema (Figura 1) onde as linhas verticais são as causas das deficiências no fluxo logístico. Depois de levantadas as possíveis causas, as mesmas devem ser classificadas em problemas operacionais normalmente utiliza-se o “6M’s”, são eles: método, mão de obra, meio ambiente, medida, máquina e material e a linha horizontal é o efeito (FERROLI; LIBRELOTTO; FERROLI, 2010; CARVALHO *et al*, 2018).

O uso dessas ferramentas foi de grande importância, pois possibilitou a análise da causa para os problemas, erros, fatores contribuintes e as suas inter-relações, além da detecção do que pode ser feito para melhorias, auxiliando assim na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2017; XAVIER; BRAIT, 2018). Posteriormente, foram

elencadas sugestões de propostas de intervenção com base nas causas identificadas por meio da ferramenta utilizada.

3 | RESULTADOS

De acordo com o diagrama (Figura 1), foram elencados seis eixos e causas relacionadas ao risco de falha no transporte de neonatos que podem desencadear a ocorrência de queda em ambiente hospitalar. No eixo profissionais, tem-se a baixa adesão aos protocolos institucionais, o conhecimento deficiente sobre os protocolos já existentes e os múltiplos empregos que causam a consequente sobrecarga de trabalho.

No eixo ambiente/trabalho, aponta-se a ausência de um *check list* de transporte seguro, rotinas de trabalho extenuantes e a alta rotatividade e superlotação de recém-nascidos. No eixo organização, observa-se dimensionamento de profissionais inadequado, uma cultura de segurança frágil e a não utilização de protocolos de transporte seguro neonatal intra-hospitalar existentes. No eixo externo, verifica-se uma estrutura inadequada para o transporte. No eixo paciente, há os extremos de idade por se tratar de recém-nascidos.

Por fim, no eixo outros, existe a vulnerabilidade materna no período puerperal, com ênfase no puerpério de parto cesariano, mães com patologias de alto risco tanto no pré-natal como no pós-parto, bem como a cultura popular de manter e transportar o recém-nascido no colo.

Além disso, foi feita a classificação dos tipos de causas e as possibilidades de estratégias de tomada de decisão para as causas modificáveis (Quadro 1). Dentre as intervenções que podem ser adotadas para otimizar essa situação, existem pontos importantes que podem ser melhorados, como por exemplo, a avaliação para o nível de risco da mãe (presença de fadiga, cesariana, medicação para a dor), avaliar a estrutura de leitos mais seguros, implementação de fluxo de notificação e investigação de causas pós-queda, para identificar o que houve de errado e como impedir que isso aconteça novamente, reforço do acompanhamento pela equipe de enfermagem e educação familiar sobre como evitar quedas do bebê.

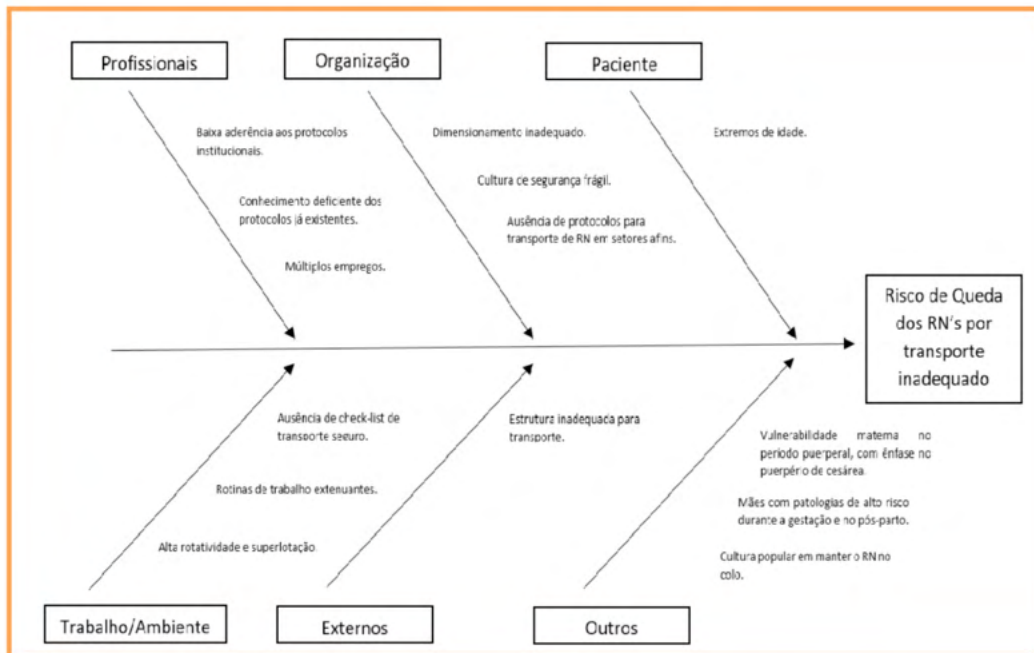


Figura 1 - Diagrama de Causa-efeito: Espinha de peixe

Fonte: Próprios autores

Tipos de causa	Não modificáveis	Modificáveis (Hipotéticas)
Nome das causas	Extremos de idade	<p>Conhecimento deficiente dos protocolos já existentes. Baixa adesão aos protocolos institucionais.</p> <p>Múltiplos empregos.</p> <p>Dimensionamento inadequado.</p> <p>Cultura de segurança frágil.</p> <p>Ausência de protocolos para transporte de RN em setores afins.</p> <p>Ausência de checklist de transporte seguro.</p> <p>Rotinas de trabalho extenuantes.</p> <p>Alta rotatividade e superlotação.</p> <p>Estrutura inadequada para transporte.</p> <p>Vulnerabilidade materna no período puerperal, com ênfase no puerpério de cesárea.</p> <p>Mães com patologias de alto risco durante a gestação e no pós-parto.</p> <p>Cultura popular em manter o RN no colo.</p>
Tomada de decisão	Fortalecer as medidas modificáveis	<p>Revisar protocolo institucional existente.</p> <p>Fornecer equipamentos de transporte necessários.</p> <p>Incluir profissionais da assistência nas tomadas de decisão, analisando possibilidades de adaptação das rotinas já existentes.</p> <p>Treinar a equipe acerca de novas rotinas sobre transporte seguro que venham a surgir.</p> <p>Avaliar/Observar rotinas de transporte de neonatos.</p> <p>Notificação de situações de risco e ocorrência de eventos adversos.</p>

Quadro 1 - Classificação dos Tipos de Causa e estratégias de tomada de decisão.

Fonte: Próprios autores

4 | DISCUSSÃO

Os esforços para promover a segurança do paciente em pediatria e neonatologia vêm aumentando pelo mundo, seguindo a tendência do que ocorre com pacientes adultos (TEIXEIRA, 2012). A estratégia apresentada no estudo é importante para ter uma visão abrangente da falha de segurança do paciente e orientar a tomada de decisão nas instituições de saúde.

Frente a este cenário, a maternidade na qual foi realizado o presente estudo, também vem buscando melhorias na qualidade da segurança do paciente, por meio de protocolos que visam auxiliar no transporte seguro e prevenção de quedas, e conseqüentemente, na redução dos riscos de quedas dos recém-nascidos intra-hospitalar.

A queda de um recém-nascido pode ocorrer quando este escorrega dos braços da mãe, familiar, ou profissional no momento da transferência para o berço. Idealmente, recém-nascidos menores que 2000g, com instabilidade clínica e/ou hemodinâmica ou maiores que 2000g estáveis, devem ser transportados em incubadora aquecida ou em berço comum, dependendo da procedência e do destino ao qual ele irá transitar. Assim, cabe às unidades disporem dos meios de transporte adequado, bem como o transporte intra-hospitalar deve ser feito por profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos ou profissionais do transporte (EBSERH, 2020).

A implementação de protocolos de prevenção de quedas é um meio para proporcionar a melhoria da assistência em saúde, visando o controle dos riscos, formas de prevenção de eventos adversos e a minimização das conseqüências desse possível evento (CORREA *et al*, 2012).

Na maternidade em questão, embora já exista um protocolo institucional e que as instruções sejam repassadas, observou-se que ainda assim ocorre o transporte inadequado de neonatos rotineiramente, expondo-os aos riscos de quedas, devendo ser um incidente notificável. Assim, frente ao desconhecimento e/ou a baixa adesão aos protocolos institucionais pelos profissionais de saúde, torna-se imprescindível a capacitação periódica dos mesmos.

Dessa forma, é imprescindível a participação dos profissionais de saúde no processo de resolução desses incidentes, principalmente a equipe de enfermagem, visto que estão por mais tempo em contato com os recém-nascidos, exercendo cuidados contínuos, estando assim sujeitos ao erro.

Vários fatores podem contribuir para que as falhas ocorram, como condições de trabalho extenuantes dos profissionais, quantitativo de trabalhadores insuficientes para a demanda da instituição e superlotação do serviço. Fazendo com que essa sobrecarga de trabalho dificulte a prestação de cuidados de maneira segura. (MINELLO *et al*, 2020).

Os benefícios dessa análise se dão pela fácil aplicabilidade e baixo custo, visto que a despesa em relação ao tratamento das sequelas que podem resultar de uma queda

possuem valor considerável economicamente para a unidade que irá tratar e físico-psicologicamente para o ser que será tratado. Nessa perspectiva, uma revisão sistemática apresentou que quanto maior a severidade destas quedas, maiores são os custos destes tipos de incidentes. Além disso, mostrou que os custos estimados das quedas têm diferentes perspectivas como a do social, a do fornecedor e a do pagador. (DUTHIE *et al.*, 2005). Portanto, investir na formação de profissionais aptos a prevenir esses problemas se torna mais efetivo do que custear os prejuízos que podem vir a ser consequência de uma queda.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou, com base no diagrama de causa-efeito, os principais fatores contribuintes para causas de risco de quedas intra-hospitalares que foram classificados em não modificáveis e modificáveis para queda dos recém-nascidos em relação ao transporte inadequado em ambiente intra-hospitalar.

Ademais, propôs diversas intervenções com base nas causas identificadas, sendo as principais fortalecer as medidas modificáveis, ou seja, revisar o protocolo institucional existente, fornecer equipamentos de transporte necessários, incluir profissionais da assistência nas tomadas de decisão e treinamento da equipe quanto ao transporte seguro.

Tendo consciência de que as falhas relacionadas a quedas de recém-nascidos são condutas completamente evitáveis, é essencial reforçar o conhecimento dos profissionais acerca dos protocolos institucionais de queda. Assim, espera-se que as intervenções propostas no presente trabalho contribuam para a melhoria das práticas adotadas na maternidade em questão, como também possam ser implementadas em outras instituições de saúde, visando a promoção de um transporte seguro e confortável para todos os recém-nascidos.

Por fim, ressalta-se a importância da realização de estudos futuros quanto à temática da segurança no transporte dos recém-nascidos, para que outras medidas possam ser criadas e implementadas para prevenção de incidentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2ª ed. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 559, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr. 02; Seção 1. p 43.

CARVALHO, A. L. M.; et al. **Aplicação das ferramentas de qualidade para melhoria de processo em uma indústria de plástico**. Maceió, 2018.

CORREA, A. D.; MARQUES, I. A. B.; MARTINEZ, M. C.; LAURINO, P. S.; LEÃO, E. R.; CHIMENTÃO, D. M. N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 67-74, fev. 2012.

DUTHIE, E.; FAVREAU, B.; RUPERTO, A.; MANNION, J.; FLINK, E.; LESLIE, R. **Quantitative and Qualitative Analysis of Medication Errors: The New York Experience**. In: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. (Volume 1 Research Findings), 2005.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH. Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC. **Protocolo de transporte seguro**. Fortaleza. 2021.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH. Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC. **Protocolo de prevenção de quedas**. Fortaleza. 2020.

FERROLI, P. C. M.; LIBRELOTTO, L. I.; FERROLI, R. H. **Discussão Conceitual dos possíveis desdobramentos dos processos de fabricação de produtos**. 2002.

MARSHALL JUNIOR, I. M.; CIERCO, A. A.; ROCHA, A. V.; MOTA, E. B.; LEUSIN, S. **Gestão da Qualidade**. Série Gestão Empresarial. 10 ed. Rio de Janeiro. Editora FGV Management. 2010. Acesso em: 18 jul. 2021

MINELLO, A.; DIAS, G. L.; BONFADA, M. S.; FREITAS, E. de O.; BRUTTI, T. B.; CAMPONOGARA, S. Cultura de segurança do paciente e sobrecarga de trabalho: percepções de trabalhadores de enfermagem. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. e21963476, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3476>. Acesso em: 19 nov. 2021.

PINHEIRO, M. P.; JUNIOR, O. C. S. (2017). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. **Enfermería Global**, 45, 335-338.

RAMOS, C. C. S.; et al. Monitorização hemodinâmica invasiva à beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 3, p. 512-518, sep. 2008.

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux. **Análise da causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo**. 2012. 237 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

TORINO, V.V. et al. Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. **Cogitare Enfermagem**. 2016 Out/dez; 21(4): 01-08.

XAVIER, L.M.; BRAIT, C. H. H. Aplicação de ferramentas da qualidade ciclo pdca e diagrama causa-efeito para melhoria contínua: estudo de caso em laboratório agrônomo. **Ab Origine – Cesut em Revista**. V. 1, N. 26, jan/jul 2018.

CAPÍTULO 2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM USO DE OXIGENIOTERAPIA

Data de aceite: 01/02/2022

Denise da Silva Carvalho

<https://lattes.cnpq.br/8947824130769877>

Fernanda Coutinho da Cunha Paiva

<https://lattes.cnpq.br/7325975471725699>

Laura Pinheiro Gonçalves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/7960642634790821>

Ligia Cristina de Oliveira Braga

<https://lattes.cnpq.br/8379052751845648>

RESUMO: Introdução: O oxigênio (O₂) é provavelmente o medicamento mais utilizado em cuidados intensivos neonatais e seu uso não controlado pode levar a consequências danosas ao recém-nascido prematuro (RN) em qualquer momento do período neonatal. Embora necessário para o suporte da vida, em diversas patologias, pode ser potencialmente tóxico a diversos tecidos e órgãos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se estratégia, onde a equipe de enfermagem organiza prática e fluxo da assistência, dando base para ações que envolvem humanização do cuidado e que se sustentam nas especialidades e interdisciplinaridades, incluindo-se a oxigenioterapia. Objetivo: Verificar as ações no manejo da equipe de enfermagem ao recém-nascido prematuro em uso de oxigenioterapia. Metodologia: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de método exploratório, e do tipo bibliográfico, sendo selecionados nas bases eletrônicas LILACS e BDEFN um total de 10

artigos que serviram de base. Resultados: categorizou-se os achados, criando três capítulos distintos que tratam de prematuridade, oxigenioterapia e sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao prematuro utilizando a oxigenioterapia. Considerações Finais: O enfermeiro, ao monitorar o recém-nascido que necessita da oxigenioterapia, utilizará do processo de enfermagem, para sistematizar a assistência, possibilitando uma sequência padronizada de cuidados que, se espera, levem a seu pronto restabelecimento. Se recomenda a manutenção dos protocolos inerentes do ambiente de UTI neonatal, mas proporcionando um cuidado assertivo, composto de inúmeros conhecimentos, abordagens e técnicas, para que o recém-nascido tenha a chance de ganhar peso, evoluir frente ao quadro clínico apresentado e crescer saudável e forte.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência; Enfermagem; Recém-Nascido Prematuro; Oxigenioterapia

ABSTRACT: Introduction: Oxygen (O₂) is probably the most used drug in neonatal intensive care and its uncontrolled use can lead to harmful consequences for the premature newborn (NB) at any time during the neonatal period. Although necessary for life support, in several pathologies, it can be potentially toxic to several tissues and organs. The Systematization of Nursing Care (SAE) becomes a strategy, where the nursing team organizes care practices and flow, providing a basis for actions that involve humanization of care and that are supported by specialties and interdisciplinarity, including oxygen therapy. Objective: To verify the actions in the management

of the nursing team to premature newborns using oxygen therapy. Methodology: This is a study with a qualitative approach, exploratory method, and bibliographic type, being selected in the electronic databases LILACS and BDEFN a total of 10 articles that served as the basis. Results: the findings were categorized, creating three distinct chapters dealing with prematurity, oxygen therapy and systematization of nursing care in the care of preterm infants using oxygen therapy. Final Considerations: The nurse, when monitoring the newborn that needs oxygen therapy, will use the nursing process to systematize care, enabling a standardized sequence of care that, it is hoped, will lead to its prompt recovery. It is recommended to maintain the protocols inherent in the neonatal ICU environment, but providing assertive care, consisting of countless knowledge, approaches and techniques, so that the newborn has the chance to gain weight, evolve in the face of the clinical picture presented and grow healthy and strong. **KEYWORDS:** Assistance; Nursing; Premature Newborn; oxygen therapy.

INTRODUÇÃO

O oxigênio (O₂) é provavelmente o medicamento mais utilizado em cuidados intensivos neonatais e seu uso não controlado pode levar a consequências danosas ao recém-nascido prematuro (RN) em qualquer momento do período neonatal. Embora necessário para o suporte da vida, em diversas patologias, pode ser potencialmente tóxico a diversos tecidos e órgãos. O RN é mais vulnerável à hiperóxia, porque seus sistemas antioxidantes imaturos permitem que metabólitos ativos do O₂ provoquem dano tecidual, diminuição da síntese de surfactante e peroxidação de lipídeos, além de funcionarem como fatores quimiotáticos de células inflamatórias (SUS, 2021). Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), um dos principais cuidados é a prevenção de alterações súbitas na quantidade de O₂. A oxigenoterapia consiste na administração terapêutica e suplementar de oxigênio numa concentração superior à atmosférica, com a finalidade de reparar sua deficiência e facilitar a troca dos gases no pulmão (SOARES *et al.*, 2019).

A maioria dos recém-nascidos internados em uma UTIN necessita de alguma modalidade oxigenoterápica, o que gera preocupações em relação a esses pacientes, no que se refere às repercussões causadas pelo uso de O₂, que como qualquer outra medicação, requer uma atenção especial quanto à prescrição, administração, duração e monitorização, principalmente em se tratando de prematuridade (TAMEZ, 2017).

A prematuridade, que é definida como o nascimento antes da 37ª semana de gestação, inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. O Brasil ocupa a 10ª posição dos países com o maior número de prematuros (OMS, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, prematuridade e baixo peso ao nascer são critérios que classificam o neonato como RN de risco, porém não são os únicos. Recém-nascidos de risco respondem a um critério pelo menos dos que se seguem: residência em área de risco; peso ao nascer menor que 2 500 gramas; recém-nascido com menos

de 37 semanas de gestação; asfixia grave. Com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade de assistência ao RN; necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou da unidade de RN; filho de mãe adolescente, menor de 18 anos; mãe com baixa instrução. Menos de 8 anos de estudo; história de morte de criança menor de 5 anos na família (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a UTIN exigirá conhecimentos e habilidades específicas do profissional de enfermagem, pois é necessário conhecimentos específicos sobre o manejo em oxigenioterapia, para organizar o espaço, tarefas, equipamentos, família e bebê. O enfermeiro ainda reconhecerá a partir de uma avaliação individualizada as necessidades específicas de cada recém-nascido prematuro e família, conseguindo planejar desta forma uma melhor assistência, levando em consideração cada recém-nascido e a gravidade do caso que se apresenta (COELHO *et al.*, 2018).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se estratégia, onde a equipe de enfermagem organiza prática e fluxo da assistência, dando base para ações que envolvem humanização do cuidado e que se sustentam nas especialidades e interdisciplinaridades, incluindo-se a oxigenioterapia. A SAE serve de guia, especificando profissional necessário, as técnicas, métodos e procedimentos usados, quais os objetivos a atingir e quais os recursos disponíveis no momento e no local de atendimento, definindo ainda a natureza e o tipo do trabalho a ser realizado (MOLA *et al.*, 2019).

A implantação da SAE está amparada legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) presente na Lei do exercício profissional, no Código de Ética do Profissional de Enfermagem e pela Resolução nº 358/2009 e se constitui de exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil.

Portanto, justifica-se a escolha da temática, pois percebeu-se uma lacuna nos conhecimentos das acadêmicas, que ao vivenciar atendimento a recém-nascidos em UTIN, notaram deficiência nos conhecimentos em oxigenioterapia, além observar certa dificuldade no manejo por parte dos profissionais, levando a crer que necessitem de aprofundamento nas técnicas e procedimentos pertinentes.

Pretende-se contribuir para atualização de dados, inovações e informações pertinentes que levem os profissionais da equipe de enfermagem a se tornarem aptos a identificar indicações ou complicações advindas do uso de oxigenioterapia em recém-nascidos prematuros, bem como sensibilizar quanto ao cuidado em UTIN, ampliando as publicações e facilitando novas pesquisas futuras, e permitir um olhar mais atento para a Sistematização de Assistência de Enfermagem. Neste sentido, o estudo teve como objetivo verificar as ações no manejo da equipe de enfermagem ao recém-nascido prematuro em uso de oxigenioterapia.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de método exploratório, e do tipo integrativo para a identificação de produções sobre o tema: Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Prematuro em uso de Oxigenioterapia.

A abordagem qualitativa trabalha os dados procurando captar a essência do fenômeno, explicando origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências (OLIVEIRA, 2011). Por ser exploratória, se estabeleceram critérios, métodos e técnicas para a elaboração de pesquisa, para oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (CERVO, BERVIAN, DA SILVA, 2012).

Utilizou-se ainda a revisão integrativa propõe um processo de busca, análise e descrição de conhecimento para responder a questão norteadora, incluindo: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (MATTOS, 2015).

Para tanto, foram adotadas seis etapas, inerentes desse processo, iniciando-se pela pergunta problema da pesquisa: Quais são as ações da equipe de enfermagem aplicadas para minimizar as complicações da oferta inadequada de oxigenioterapia ao recém-nascido prematuro na UTIN?

A segunda etapa foi a identificação e seleção de estudos, com busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), entre os meses de setembro e outubro de 2021. Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo; com resumos e textos completos; aqueles publicados no idioma português, entre os anos 2016 e 2021, nos bancos de dados BDEF e LILACS. Os critérios de exclusão dos artigos foram: estudos que não atendiam os critérios de inclusão, estudos duplicados e fora do viés da temática. Foram selecionados artigos que continham em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Recém-Nascido Prematuro”, “Oxigenioterapia”, e “Sistematização de Assistência de Enfermagem”.

Com o descritor “Recém-Nascido Prematuro” foram obtidos 84.430 artigos. Ao ser incluído o descritor “Oxigenioterapia” ficou-se com 1.233 artigos, e por fim ao se incluir o descritor “Sistematização de Assistência de Enfermagem” obteve-se 46 artigos.

Em seguida, foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão para filtragem dos artigos, tendo-se 21 artigos de texto completo, 15 em português, sendo que 12 deles estavam dentro do recorte temporal e bancos de dados propostos. Apenas um estava duplicado e um deles não estava de acordo com o viés da temática. Sendo assim, ficou-se com 10 artigos totais que serviram de base para esse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ano	Título	Autores	Metodologia	Objetivos	Principais resultados
2021	Perfil clínico de recém-nascidos em investigação para a retinopatia da prematuridade em uma maternidade na região Amazônica	Ana Karla Paiva, Fernando Conceição de Lima, Murilo Rafael Silva Coelho, Fabíola Leonir Moreira Campos	Estudo transversal	Descrever o perfil clínico de recém-nascidos em investigação para a retinopatia da prematuridade, internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal e unidade de cuidados intermediários	Alerta-se os profissionais de saúde quanto à importância da triagem da ROP e do impacto sobre os prematuros. É necessário sensibilizar a equipe através da educação em serviço, a fim de alcançar assistência qualificada ao RN em situação de risco
2020	Assistência de Enfermagem ao recém-nascido prematuro: relato de experiência	Jéssica Martins de Matos Felippi, Carina Ribas Janquiel Guareschi Vera Lucia Freitag	Relato de experiência	Relatar a experiência vivenciada em estágio curricular do curso de enfermagem na disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança.	Demonstraram a importância do cuidado de enfermagem a criança prematura e sua família, especialmente na consulta de puericultura, acompanhar e auxiliar no crescimento e desenvolvimento saudável da criança. O enfermeiro necessita observar aspectos intrínsecos à prematuridade, correlacionando os conhecimentos teóricos com a prática, especialmente no que concerne a escuta prestada a mãe, identificou-se e sanando dúvidas quanto ao peculiar cuidado fornecido ao filho.
2019	Assistência de Enfermagem ao recém-nascido com síndrome do desconforto respiratório	Priscila de Castro Segur, Juceli Andrade Paiva Morero, Cleide Terezinha Oliveira	Pesquisa bibliográfica, descritiva, qualitativa	Descrever a assistência prestada aos recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório	A assistência de enfermagem envolve a prescrição de cuidados e a realização destes cuidados prescritos e a assistência humanizada, onde a assistência se estende aos pais do recém-nascido. Estas são de extrema importância para a melhora desse RN e diminuição da ansiedade e medo dos pais.
2019	Influência do oxigênio no desenvolvimento da retinopatia da prematuridade	Joziana Pastro, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Estudo de coorte retrospectivo	Descrever a influência do oxigênio na retinopatia da prematuridade (ROP) em recém-nascidos prematuros (RNPT) hospitalizados em unidade de terapia intensiva	A terapêutica com oxigênio influenciou no desenvolvimento e gravidade da ROP, indicando a necessidade de adoção de protocolos para seu uso.

2019	Cuidados de Enfermagem em URI Neonatal	Luanna Celeste Alves Monteiro Mendonça, Josiane de Paula Pedreschi, Carla Alessandra Barreto	Estudo exploratório e descritivo	Desvelar os cuidados que o enfermeiro deve ter na unidade de terapia intensiva em relação aos prematuros	Os profissionais de Unidade de Terapia Intensiva, geralmente estão sobrecarregados e com déficit de tempo, para executar os procedimentos de enfermagem, propiciando de modo mecânico um distanciamento nas suas relações com o paciente e seus familiares.
2019	Monitorização da oferta do oxigênio suplementar em neonatos: desafios e potências	Vanessa Oliveira da Cruz, Luciana Lanzillotti, Andrea Zin, Aline Piovezan Entringer, Marcelle Araujo, Roberto Carlos Silva	Estudo transversal	Avaliar as práticas da equipe multidisciplinar na monitorização de oxigênio suplementar ofertado para recém-nascidos.	Constata-se que as práticas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar nesta instituição estão de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria diante de todos os recém-nascidos estarem monitorizados e em uso do Blender na oferta do oxigênio suplementar.
2018	Prevalência dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	Tamires Sousa, Viviane Silva, Fernanda Fontenele, Marcos Lopes, Aline Araújo, Anna Virginia Dantas, Larissa Vieira, Tânia Leandro	Estudo transversal	Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (PRI), Troca de gases prejudicada (TGP) e Ventilação espontânea prejudicada (VEP) e de seus indicadores clínicos em recém-nascidos internados em UTIN	A associação evidenciou correlação significante para alguns indicadores prevalentes: dispneia, pressão parcial de oxigênio diminuída/hipoxemia, uso aumentado de musculatura acessória, padrão respiratório anormal, taquipneia, bradipneia, dióxido de carbono diminuído e gases sanguíneos arteriais. VEP, TGP e PRI apresentaram alta prevalência em recém-nascidos das UTIN
2017	Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização	Lucilia Feliciano Marques; Renata Vitalino Ribeiro; Cristiane Rodrigues da Rocha, Monica Almeida Carreiro; Luiz Carlos Santiago	Revisão integrativa	Analisar as publicações sobre os riscos do manuseio excessivo em prematuros extremos	A ausência de pesquisa nesta área específica configura-se como uma lacuna na assistência que poderia reduzir inúmeros agravos ao prematuro extremo. As medidas simples, mas essenciais, como um cuidado delicado com mínimo manuseio, respeitando o momento de cada recém-nascido, deveriam ser objeto de mais estudos científicos
2017	O uso de oxigenoterapia de alto fluxo em pediatria e neonatal: revisão de literatura	Nathalia Cavalcante Rosa, Renata Rolim, Tatiana Roberto Almeida, Ana Maria Gonçalves Carr	Revisão de literatura	Estudar as indicações e vantagens no uso do alto fluxo em pediatria e neonatal	Houve melhora dos parâmetros clínicos, resolução de atelectasias, diminuição dos índices de admissão na unidade de terapia intensiva e resultados semelhantes para crianças maiores. Alto fluxo largamente utilizado em prematuros para suporte ventilatório e na bronquiolite aguda, sendo o dispositivo Fisher & Paykel® o mais utilizado

2016	O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro	José Francisco Ribeiro, Lorena Larissa Cavalcante da Silva, Irineide Lacerda dos Santos, Vera Lúcia de Sousa Luz, Danieli Maria Marias Coelho	Estudo descritivo e qualitativo	Analisar a assistência oferecida pelo enfermeiro ao neonato em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Evidenciou-se que o enfermeiro como integrante da equipe de saúde que atua na UTIN, necessita de conhecimentos técnicos e científicos sobre suas atribuições específicas e privativas, bem como ser capacitados para oferecer assistência de qualidade ao neonato e família. Conclusão: necessidade de novas estratégias na implementação das políticas de educação e saúde, visto a necessidade de educação permanente em serviço.
------	---	---	---------------------------------	---	---

Quadro 2: Principais variáveis encontradas nos 10 artigos selecionados para análise

Fonte: As autoras, 2021.

A OXIGENIOTERAPIA

A oxigenoterapia consiste na administração terapêutica e suplementar de oxigênio (O₂) numa concentração superior à atmosférica, com a finalidade de reparar sua deficiência e facilitar a troca dos gases no pulmão (TAMEZ, 2017).

Sendo uma das intervenções terapêuticas mais utilizada na UTI Neonatal. Desse modo, pode-se afirmar que, da mesma forma que a comida, o calor, e a água, também o oxigênio é vital para manter a vida, no entanto, seu excesso pode causar danos (CRUZ *et al.*, 2019)

Nas UTI Neonatais, um dos principais cuidados é a prevenção de alterações súbitas na quantidade de O₂. A maioria dos recém-nascidos (RN) internados em uma UTIN necessita de alguma modalidade oxigenoterápica, o que gera preocupações em relação a esses pacientes, no que se refere às repercussões causadas pelo uso de O₂, que assim como qualquer outra medicação, requer uma atenção especial quanto à prescrição, administração, duração e monitorização (MANLEY *et al.*, 2015).

Observa-se vários benefícios quanto à utilização da oxigenoterapia em RN, tais como: ofertar aos tecidos oxigenação apropriada e remoção de dióxido de carbono de maneira eficaz e segura; redução de distúrbios pulmonares; e, prevenção de episódios hipoxêmicos, os quais podem resultar no aumento de morbidades, instabilidade cardiorrespiratória, sequelas neurológicas e prejuízo no desenvolvimento e crescimento infantil. Contudo, o uso prolongado e indiscriminado de O₂ pode ser iatrogênico para o RN e ocasionar danos em estruturas celulares, lesões cerebrais, pulmonares, oculares e até mesmo a morte (SOARES *et al.*, 2019; PASTRO, TOSO, 2019).

Uma das medidas para minimizar as ocorrências dessas morbidades, é a monitorização da saturação de oxigênio através do uso de oxímetro de pulso, que tem como objetivo, manter os níveis de oxigênio dentro de limites seguros, permitindo o controle mais

preciso da oferta de uma fração de oxigênio inspirado de acordo com as necessidades do paciente, através do respirador (CRUZ *et al.*, 2019).

Ainda há incertezas de qual é o melhor parâmetro para o alarme no monitor, e assim determinar o limite de saturação de oxigênio ao recém-nascido. No entanto, há um estudo que recomenda o ajuste do alarme entre 89-95,0% para obter a saturação de oxigênio entre 90-94,0% ao recém-nascido. Pois reduz a hipóxia, hiperóxia, volutrauma, as morbidades associadas e a mortalidade (PASTRO, TOSO, 2019).

Segundo Cruz *et al.* (2019), a administração de oxigênio suplementar em recém-nascido, é um desafio que necessita de atuação multidisciplinar entre a equipe médica, de enfermagem e de fisioterapia respiratória, para minimizar as complicações associadas à hipóxia e hiperóxia, proporcionando um cuidado singular, qualificado e humanizado.

A ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA INVASIVA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é muito utilizada nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, especialmente nos prematuros extremos, sendo necessária para oferecer suporte ventilatório quando o sistema respiratório do recém-nascido não é capaz de exercer sua função sozinho (OLIVEIRA, SILVA, 2020).

A VMI está associada a inúmeras complicações que levariam a morbidades em recém-nascidos. Além de aumentar em 50% a mortalidade de recém-nascidos ventilados mecanicamente por mais de catorze semanas. Dessa forma, um desmame precoce diminuiria esse risco (PASTRO, TOSO, 2019).

A assistência ventilatória é caracterizada pela otimização das trocas gasosas com o mínimo possível de fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e pressão. Pode ser dividida em invasiva e não invasiva, tendo ambas a mesma finalidade de melhora de oxigenação e redução da retenção de CO₂ com otimização da respiração (ROSA *et al.*, 2017).

Em relação a mecânica pulmonar dos neonatos, deve-se ressaltar que existem características que tornam o trabalho respiratório desses pacientes aumentado, com consequente elevação do gasto energético, das demandas de oxigênio e ventilatória. Essas peculiaridades são representadas, segundo Dominguez e Komiyama (2018) pelo:

- Trabalho respiratório: os neonatos apresentam aumento do trabalho respiratório devido a deficiência da mecânica pulmonar e também ao diafragma, que deveria apresentar grande eficácia e força de contração, porém apresenta-se retificado;
- Retração elástica: em neonatos, devido menor raio alveolar são necessárias maiores pressões para abri-lo, todavia a deficiência do surfactante faz com que haja uma tendência ao colapamento alveolar, caracterizando retração elástica aumentada;

- **Complacência:** a complacência estática pulmonar pode estar diminuída em neonatos, o que exige maiores pressões para expandir o pulmão, bem como para mantê-los insuflados. Isto se deve ao número reduzido de ventilação colateral, poucos alvéolos funcionantes e deficiência do surfactante. Já a complacência da caixa torácica é elevada, pois suas costelas são cartilaginosas, facilitando a expansibilidade torácica;
- **Resistência das vias aéreas:** neonatos possuem elevada resistência devido ao maior comprimento em relação ao diâmetro reduzido das vias aéreas, sendo mais uma causa de desconforto respiratório;
- **Constante de tempo:** refere-se a medida do tempo necessário para a insuflação ou desinsuflação dos pulmões. Se os valores da constante de tempo estiverem fora do normal, durante a fase inspiratória da VM, os pulmões receberam volume corrente insuficiente, e na fase expiratória a eliminação incompleta desse volume acarreta aprisionamento de ar e aumento da capacidade residual funcional (CRF).

A VMI no recém-nascido tem o intuito de aumentar as capacidades pulmonares, com incremento da CRF, adequar as trocas gasosas, reduzindo as alterações da relação ventilação/perfusão, diminuir o trabalho respiratório para evitar a fadiga musculatória e recrutar alvéolos atelectasiados (PELUSO, 2016).

IMPORTÂNCIA DO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM RN PREMATURO

Observa-se uma tendência nos últimos anos ao uso de estratégias ventilatórias cada vez menos agressivas ao neonato, com a utilização de novos modos ventilatórios, a retirada precoce da ventilação invasiva ou o uso da ventilação não invasiva naqueles recém-nascidos cada vez mais prematuros e de baixo peso (PAIVA *et al.*, 2021).

Mesmo com benefícios da VMI, existem riscos, principalmente no prolongamento desnecessário do seu uso, como: trauma de vias aéreas, infecções e extubação não planejada. Pode ser associada ao aumento de morbidades. Dessa forma se vê a importância de reduzir o tempo de VMI (AMMA *et al.*, 2019).

Ao mesmo tempo, uma falha de extubação poderia aumentar morbidade, mortalidade e tempo de internação desses pacientes. Não existe um momento ideal definido para a realização da Extubação Orotraqueal, e em algumas UTIN são usados os Testes de Respiração Espontânea ou Protocolos de Extubação (MELO *et al.*, 2019).

Na maioria das vezes, a extubação é definida pelos parâmetros do ventilador mecânico, gasometria e estabilidade clínica. Alguns fatores devem ser avaliados como: gasometria arterial, volume minuto, volume corrente e, medidas de complacência adequados. Existem ainda os modos automáticos, em que o desmame é realizado pelo ventilador de acordo com a demanda do paciente. Este modo de desmame diminuiria o

tempo de ventilação mecânica por não ter influência do profissional (LIMA *et al.*, 2015).

Mas apesar de todas as estratégias pesquisadas, nenhuma ainda é melhor que a decisão clínica para avaliar a hora ideal da extubação. Extubação é a retirada do Tubo Orotraqueal, sendo na maioria das vezes considerada uma continuidade do desmame. Já a Falha de Extubação pode ser considerada necessidade de reintubação ou suporte ventilatório com 48 horas de extubação (AMMA *et al.*, 2019).

Segundo Oliveira e Silva (2020), prematuros extremos toleram extubações precoces sendo adaptados a Ventilação Não Invasiva (CPAP, Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas), e com efeito de reintubação mínimo, não causando danos contribuindo para menor tempo de estadia na unidade de terapia intensiva (UTI), redução de custos e menor incidência de agravos.

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um lugar onde uma equipe fica 24 horas por dia de plantão para o tratamento de recém-nascidos que apresentam algum risco de vida e recém-nascido nascidos prematuramente. Nem sempre os recém-nascido internados nas Unidades de Terapias Intensivas neonatais estão doentes, algumas vezes eles estão apenas crescendo e se tornando aptos para respirar e deglutir, necessitam de amadurecimento e deve ser ofertado o melhor tratamento (MENDONÇA, PEDRESCHI, BARRETO, 2019).

Nesse sentido, o cuidado é inerente ao ser humano, desde o nascimento se necessita de cuidado. A criança prematura necessita de cuidado, de tal maneira que contemple: a dedicação, zelo, empatia, senso com o outro, auxiliando-o a crescer e se desenvolver, levando em consideração que o cuidado é indispensável ao crescimento e desenvolvimento humano, é o que torna significativa a vida e a existência humana (FELLIPI *et al.*, 2020).

Nota-se que é um lugar que precisa de uma atenção especial por ser cheia de fortes sentimentos e conflitos, que envolvem o ambiente e os indivíduos, o recém-nascido (RN) internado, os familiares e os profissionais. Cada um apresenta grau de vulnerabilidade, necessidades específicas que podem ser adequadamente atendidas (MENDONÇA, PEDRESCHI, BARRETO, 2019).

No cotidiano da UTIN, os prematuros são expostos a vários estímulos, inclusive dolorosos, denominados de estressantes, em que o significado do termo ocorre quando há um desequilíbrio pessoal diante de fatores ambientais que causam tensão mental e/ou física. No dia a dia, o recém-nascido prematuro pode apresentar desequilíbrio se exposto a estímulos dolorosos e/ou desagradáveis, como em procedimentos invasivos, barulhos, dor, interrupção dos estados de sono, mudanças de temperatura e fome, o que altera consideravelmente o padrão fisiológico do recém-nascido (MARQUES *et al.*, 2017).

De acordo com o Guia de Cuidados para o Profissional de Saúde, o cuidado com

a saúde do recém-nascido (RN) tem grande importância para a redução da mortalidade infantil, pois, a criança prematura fica na Unidade de Terapia Intensiva, em uso de aparelhos que permitam acompanhar o desenvolvimento de sua saúde. Os profissionais da saúde envolvidos avaliam individualmente cada criança para determinar cuidados específicos, e para isso os profissionais devem se atentar aos riscos possíveis (MENDONÇA, PEDRESCHI, BARRETO, 2019).

É necessário igualmente considerar a assistência humanizada, contribuindo para a criação de um vínculo, com contato pele a pele, entre mãe e RN de baixo peso, utilizando o método mãe-canguru, o que favorece os laços afetivos e incentiva o aleitamento materno. Mães que utilizam o método canguru demonstram satisfação e sentem-se inseridas na recuperação do prematuro. (MARQUES *et al.*, 2017).

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

O cuidado ao recém-nascido prematuro é fator determinante na redução da mortalidade infantil e na diminuição dos agravos e promoção do desenvolvimento da criança. Identificar precocemente possíveis condições de saúde, acompanhar o crescimento, atentando para a idade e idade corrigida, possibilita prover as intervenções e encaminhamentos necessários para minorar possíveis consequências do nascimento prematuro (FELLIPI *et al.*, 2020).

Saber cuidar é abrangente, pois envolve a humanização de todo processo e vai muito além de manter a UTIN em condições físicas e ambientais adequadas, oferecendo melhores perspectivas de sobrevivência aos prematuros. Os profissionais da enfermagem que dispõem cuidados a recém-nascidos na UTIN a cada dia têm que buscar ainda mais conhecimentos que tragam ganhos para o campo teórico-científico, para ofertar melhores condições de vida ao recém-nascido que recebe cuidados intensivos (SANTOS, 2018).

Dentre as tecnologias que podem ser utilizadas está o Método Canguru, que é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente, iniciando com o toque e evoluindo até a posição canguru, propriamente dita (BRASIL, 2020).

Em todos os cuidados precisa-se considerar a necessidade do recém-nascido, precisa-se olhar para ele, porque se obterá a resposta do que ele precisa. Se está cuidando de um indivíduo para o futuro, e até um “simples” banho pode causar danos para o prematuro. Realizar boas práticas é cuidado, é vida, é saúde para a criança prematura, para a sua família e para a sociedade (SANTOS, 2018).

Portanto, todo cuidado se torna-se fundamental, visto que a prematuridade pode

desencadear problemas à criança especialmente no período neonatal e lactente, assim como a longo prazo. Dentre os problemas estão os relacionados à saúde física, em função do lento desenvolvimento cognitivo, pode apresentar dificuldades em manter interações sociais (CASTRO *et al.*, 2020).

Assim, a enfermagem além de prevenir e tratar tais consequências da prematuridade, por atuar como principal mediador do cuidado no alívio e inibição dos sintomas apresentados pelo neonato, pode também apresentar importante papel de educador, principalmente relacionado ao preparo da família para receber a criança prematura (FELLIPI *et al.*, 2020).

A utilização de horários irrestritos, onde os pais podem acompanhar a criança durante toda a sua internação, auxilia muito no acompanhamento do RN e não tranquilização de seus familiares, facilitando o tratamento do prematuro e fazendo com que a sua recuperação obtida de maneira muito mais rápida. Entretanto na maioria dos casos, existe restrição quanto a permanecer no ambiente da UTI por muito tempo, devido à grande quantidade de recém-nascidos atendidos, pelo número reduzido de atendentes, ficando restrito a mãe, pai e um representante religioso (CASTRO *et al.*, 2020).

A comunicação entre os profissionais de saúde e a família torna-se um elemento fundamental no processo de hospitalização de um ente querido, no que se refere à UTIN é ainda mais delicada, por se tratar de um indivíduo tão esperado durante meses (MAIA, SILVA, FERRARI, 2015). A equipe de enfermagem dará suporte às mães e aos familiares durante as visitas na UTI neonatal, para poder diminuir as ansiedades e manter alguma aproximação entre ambas as partes. Esta união auxilia a equipe de enfermagem no autoconhecimento e autopercepção viabilizando a comunicação e o equilíbrio para se colocar no lugar do outro (MENDONÇA, PEDRESCHI & BARRETO, 2019).

Salienta-se, ainda, a importância de se conhecer o que o familiar sente em relação à situação experienciada, pois o que geralmente se encontra é o distanciamento entre a equipe de saúde e o acompanhante, baseado em um relacionamento formal, burocrático e despersonalizado. Portanto, a inclusão do familiar no processo de cuidar do prematuro está condicionada a mudanças na rotina e nas relações dos envolvidos na assistência ao paciente (RODRIGUES, 2016).

ESPECIFICAÇÕES DO SAE PARA OXIGENIOTERAPIA PARA O RN PREMATURO

O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado aos recém-nascidos com problemas respiratórios, pois além de garantir que o tratamento está sendo feito de maneira correta, a prescrição dos cuidados auxilia muito na melhora de seu condicionamento. A prescrição de enfermagem contribui para que se realize com maior eficácia a assistência, através dos cuidados direcionados aos prematuros.

Os cuidados de enfermagem individualizados devem ser realizados diariamente

e sistematicamente, visando alcançar as metas traçadas, focalizado na recuperação da saúde do RN. Destaque também para assistência humanizada já que esses pais e familiares apresentam um grande nível de ansiedade e medo com a hospitalização do RN. A enfermagem tem como papel além da assistência a patologia, desenvolver uma relação e proporcionar um vínculo com os pais com a finalidade de tentar tranquilizá-los (SEGUR, MORERO, OLIVEIRA, 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), neste sentido, é a metodologia que o Enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos na prática profissional. Sua implementação humaniza o atendimento prestado e confere maior segurança aos pacientes e profissionais.

Implementa-se então o Processo de Enfermagem (PE) auxiliando no cuidado profissional em qualquer ambiente de saúde, seja ele público ou privado.



Figura 1: Diagrama das Etapas do processo de Enfermagem

Fonte: Baseado em Sousa et al., 2019.

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o PE se organiza em 5 etapas: Coleta de Dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem. O Processo de Enfermagem foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70. Elas são citadas separadamente e em ordem sequencial, mas se chama atenção ao fato de que Horta propôs que elas sejam interrelacionadas e, por isso, dependam uma da outra, além de se sobrepor, pois o PE é contínuo.

Quando uma criança apresenta alguma dificuldade respiratória, como geralmente acontece com recém-nascidos prematuros, é fundamental que sejam analisadas as alterações dos gases sanguíneos, pois a indicação da terapêutica, posologia e método de administração, se por CPAP ou ventilação mecânica, dependem dos achados gasométricos. Logo, vê-se a importância da monitoração da gasometria de todas as crianças em uso da

oxigenoterapia, que pode ser por método não-invasivo ou técnica transcutânea, ou invasivo através da punção arterial (ROSA, 2017).

O conhecimento da oxigenoterapia pela equipe de enfermagem é imprescindível para a sua implementação e conseqüente melhora do quadro clínico do paciente, porém é necessário chamar atenção para dois pontos. O oxigênio é uma medicação e possui efeitos terapêuticos e colaterais, sua eficácia depende da via de administração e dosagem; o segundo, é que a equipe de enfermagem é responsável pela instalação, controle e acompanhamento da terapia.

O O₂, por si só, é um medicamento e o seu uso banalizado e indevido tem efeitos secundários e complicações, especialmente para os recém-nascidos prematuros. Apesar das inovações científico-tecnológicas, nem sempre a utilização do material é a correta, sujeitando o recém-nascido a exposições elevadas de O₂ e/ou dispositivos inadequados para a sua situação clínica, minorando o efeito da oxigenoterapia e prolongando o seu tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Favorecer o gerenciamento do cuidado pelos enfermeiros assistentes ao realizar o processo de enfermagem, oferecer aos enfermeiros da instituição cenário da pesquisa, a compilação das necessidades com domínio, definição e características definidoras, bem como as intervenções de enfermagem e do processo pertinentes (OLIVEIRA, 2015).

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Intervenções de enfermagem
<p>Ventilação espontânea prejudicada - reserva de energia diminuída, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida</p>	<p>*Dispneia. Inquietação aumentada. SaO₂ diminuída *Uso aumentado da musculatura acessória.</p>	<p>1. Aspiração de Vias Aéreas livres; 2. Controle de Vias Aéreas; 3 Monitorização respiratória.</p>
<p>Risco de aspiração - risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias</p>	<p>*Alimentação por sonda; *Deglutição prejudicada; *Efeitos secundários relacionados ao tratamento (p.ex., medicamentos); *Esvaziamento gástrico retardado; *Motilidade gastrintestinal diminuída; *Presença de traqueostomia; *Reflexos de tosse diminuídos; *Resíduo gástrico aumentado; *Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo; *Sonda gastrintestinal.</p>	<p>1. Controle de vias aéreas; 2. Aspiração de vias aéreas; 3. Precauções contra aspiração; 4. Estimulação à tosse; 5. Alimentação por sonda enteral; 6. Dieta por gavagem; 7. Administração de medicamentos: enteral; 8. Posicionamento; 9. Identificação de riscos; 10. Cuidados com sondas: gastrointestinal;</p>
<p>Risco de comportamento desorganizado do lactente -risco de alteração na integridade e modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (p. ex., sistema autonômico, motor, de estado, organizacional, autorregulador e de atenção/interação).</p>	<p>Fatores de risco: *Dor. *Falta de contenção do lactente; *Hiperestimulação ambiental; *Prematuridade, *Problemas motores, *Problemas orais; *Procedimentos dolorosos; *Procedimentos invasivos.</p>	<p>1. Cuidado com o desenvolvimento; 2. Controle do ambiente: processo para o estabelecimento de vínculo; 3. Monitoração neurológica; 4. Controle da dor; 5. Posicionamento; 6. Identificação de riscos; 7. Ensino: segurança do lactente.</p>

<p>Risco de vínculo prejudicado - Risco de ruptura do processo interativo entre pais/pessoa significante e o RN com internação prolongada e cuidados intensivos</p>	<p>Fatores de risco: *Ansiedade associada ao papel de pai/mãe.;</p> <p>*Barreiras físicas;</p> <p>*Conflito entre pais;</p> <p>*Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais;</p> <p>*Separação dos pais.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação de risco; 2. Controle do ambiente; processo para estabelecimento de vínculo; 3. Promoção da paternidade/ Maternidade; 4. Redução da ansiedade; 5. Promoção de vínculo.
<p>Risco de infecção - Risco de ser invadido por organismos patogênicos</p>	<p>Fatores de risco: *Aumento da exposição ambiental a patógenos;</p> <p>*Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos;</p> <p>*Defesas primárias inadequadas;</p> <p>*Peristaltismo inadequado</p> <p>*Tecido traumatizado (p. ex. trauma, destruição de tecido);</p> <p>*Defesas secundárias Inadequadas;</p> <p>*Diminuição de hemoglobina;</p> <p>*Leucopenia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados com a aspiração invasiva; 2. Controle de infecção; 3. Proteção contra infecção; 4. Verificar temperatura, pulso e respiração
<p>Desobstrução ineficaz de vias aéreas - incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.</p>	<p>*Cianose;</p> <p>*Dispneia;</p> <p>*Inquietação;</p> <p>*Quantidade excessiva de muco.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle de vias aéreas; 2. Estimulação à tosse; 3. Monitorização respiratória; 4. Aspiração de Vias Aéreas; 5. Elevar cabeceira; 6. Precauções contra aspiração; 7. Instilar soro fisiológico a 0,9% nas narinas.
<p>Integridade tissular prejudicada - Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.</p>	<p>*Tecido destruído;</p> <p>*Tecido lesado (p. ex., córnea, mucosas, pele ou tecido subcutâneo).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle da pressão; 2. Cuidados com lesões; 3. Precauções circulatórias; 4. Proteção contra infecção; 4. Monitoração das extremidades inferiores; 5. Posicionamento.
<p>Hipotermia – temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.</p>	<p>*Cianose nos leitos ungueais;</p> <p>*Palidez;</p> <p>*Pele fria;</p> <p>*Preenchimento capilar lento;</p> <p>*Taquicardia;</p> <p>*Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais;</p> <p>*Tremor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar temperatura, frequência cardíaca e respiratória; 2. Prevenção do choque; 3. Supervisão da pele; 4. Regulação da temperatura; 5. Controle do ambiente; 6. Aplicação de calor/frio; 7. Precauções circulatórias.
<p>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal - Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.</p>	<p>Fatores de risco: *Desidratação;</p> <p>*Doença que afeta a regulação da temperatura;</p> <p>*Exposição a extremos de temperatura ambiental;</p> <p>*Taxa metabólica alterada;</p> <p>*Trauma que afeta a regulação da temperatura.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle do ambiente: conforto; 2. Regulação da temperatura da incubadora e exposição a baixas ou altas temperaturas externas; 3. Supervisão. Cuidados com lesões e queimaduras por sensor.

<p>Dor aguda - Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.</p>	<p>*Alterações na pressão Sanguínea; *Procedimentos e atividades repetidas; *Comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro); *Evidência de dor; *Expressão facial (p. ex., sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); *Mudanças na frequência Cardíaca; *Mudanças na frequência Respiratória; *Posição para evitar dor.</p>	<p>1. Administração de analgésico; 2. Controle do ambiente: Conforto.</p>
<p>Conforto prejudicado- Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões</p>	<p>*Agitação; *Choro; *Inquietação.</p>	<p>1. Precauções contra fuga; 2. Controle do ambiente: Segurança; 3. Monitoração de sinais vitais.</p>
<p>Perfusão tissular periférica ineficaz – redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.</p>	<p>*A cor não volta as extremidades periféricas retardadas; *Cor da pele pálida; *Dor em extremidade; *Função motora alterada; *Pulsos diminuídos.</p>	<p>1. Controle hidroeletrólítico; 2. Controle hídrico; 3. Regulação hemodinâmica; 4. Controle da hipovolemia; 5. Oxigenoterapia; 6. Monitoração das extremidades inferiores. 6. Controle do choque; 7. Monitoração dos sinais vitais; 8. Prevenção de úlceras de pressão; 9. Supervisão da pele.</p>
<p>Padrão respiratório ineficaz - inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.</p>	<p>*Alterações na profundidade respiratória; *Batimentos de asa do nariz; *Dispneia; *Uso da musculatura acessória para respirar.</p>	<p>1. Controle de Vias Aéreas; 2. Aspiração de Vias Aéreas; 3. Redução da ansiedade; 4. Administrar medicamentos; 5. Verificar frequência respiratória; 6. Monitorização cardiopulmonar; 7. Registrar queixas de dor e características; 8. Instilar soro fisiológico 0,9% nas narinas; 9. Elevar cabeceira.</p>
<p>Ventilação espontânea prejudicada - reserva de energia diminuída, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida</p>	<p>*Dispneia; *Inquietação aumentada; *SaO2 diminuída, *Uso aumentado da musculatura acessória.</p>	<p>1. Aspiração de Vias Aéreas; 2. Controle de Vias Aéreas; 3. Monitorização respiratória; 4. Assistência ventilatória; 5. Oxigenoterapia; 6. Instalar oximetria digital; 7. Elevar cabeceira;</p>

Quadro 1: Diagnósticos, características e intervenções de enfermagem em oxigenioterapia

Fonte: Baseado em Oliveira, 2015.

É imperativo que o enfermeiro conheça as especificidades de cada dispositivo utilizado no período neonatal, pelo que é necessário uniformizar os cuidados de enfermagem e adequar o uso de O₂ às necessidades de cada recém-nascido. Portanto será necessário refletir se o recém-nascido realmente necessita daquele oxigênio e administrar somente o

necessário, devendo reavaliar constantemente, registrar e vigiar saturação e seus alarmes, não permitindo saturação acima de 95%. Deve-se ainda evitar as flutuações pois podem elevar as variações de saturação (SEGUR, MORERO, OLIVEIRA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo foi possível verificar as ações no manejo da equipe de enfermagem ao recém-nascido prematuro em uso de oxigenioterapia. Observou-se que o oxigênio é um medicamento, e como tal, traz benefícios, mas requer cuidado e acompanhamento, até que não seja mais necessário. Este desmame deve acontecer o mais brevemente possível, dando chance ao desenvolvimento pleno do recém-nascido.

Pode-se descrever as principais complicações da prematuridade, bem como a necessidade de atendimento em unidades de terapia intensiva, especializadas em atendimento a recém-nascidos. Nelas é possível o monitoramento personalizado de cada criança, através de equipamentos e técnicas específicas, mas também através de pessoas treinado para atuar rapidamente em caso de agravo, complicações e para perceber quando a criança está apta a retornar ao contato com sua família.

Nota-se que a que oxigenioterapia em excesso pode causar danos ao pulmão, trazendo agravos e complicações ao recém-nascido, dificultando a troca gasosa pelo sangue até a perda da função do órgão. Isso ocorre devido à falta do nitrogênio, que mantém as estruturas pulmonares infladas, para que a troca gasosa ocorra perfeitamente. Pode trazer incômodos e desconfortos respiratórios, além de riscos à saúde, levando até mesmo a morte, devido a vulnerabilidade apresentada pelo prematuro.

Portanto, conclui-se que o enfermeiro, ao monitorar o recém-nascido que necessita da oxigenioterapia, utilizará do processo de enfermagem, para sistematizar a assistência, possibilitando uma sequência padronizada de cuidados que, se espera, levem a seu pronto restabelecimento. Se recomenda a manutenção dos protocolos inerentes do ambiente de uti neonatal, mas proporcionando um cuidado assertivo, composto de inúmeros conhecimentos, abordagens e técnicas, para que o recém-nascido tenha a chance de ganhar peso, evoluir frente ao quadro clínico apresentado e crescer saudável e forte.

REFERÊNCIAS

AMMA, P.C.C., SOUZA, A.L.V., PEREIRA, R.G.B.P., et al. **O uso da pressão positiva em recém-nascidos prematuros com doença de membrana hialina**, v. 1, n. 1, p. 258269, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, **Atenção ao Recém-nascido**, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoessobre-cuidados-com-o-recem-nascido-na-uti-neonatal/>. Acesso em 20.out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas

estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Série a. Normas e Manuais Técnicos: Brasília DF; 2015.

CASTRO, A.C.M. *et al.* Protocolo de Atenção Humanizada Neonatal no Período de Pandemia do Sars-CoV-2(COVID-19), **FMEP-USP**, Ribeirão Preto, 2020.

CERVO, A.L., BERVIAN, P.A., DA SILVA, R. **Metodologia Científica**, 6º Ed., Pearson, São Paulo, 2012.

COELHO, A.S. *et al.* Equipe de Enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal, **Reon Facema**. Jan-Mar; v.4, n.1, p.873-877, 2018.

COFEN. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 18.set.2021.

CRUZ, V.O.O., LANZILLOTTI, L.S., ZIN, A., *et al.* Monitorização da oferta do oxigênio suplementar em neonatos: desafios e potências, **Rev. Rene.**, v.20, 2019.

DOMINGUEZ, S.S.; KOMIYAMA, S. **Cuidados fisioterápicos ao recém-nascido em ventilação mecânica**, São Paulo: Atheneu, p. 527-541, 2018.

FELIPPI, J.M.M., RIBAS, C., GUARESCHI, J. *et al.* Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro: relato de experiência, **Revista interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão**, v. 8, p. 233-240, 2020.

MAIA, J.M.A., SILVA, L.B., FERRARI, E.A.S. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem, **Revista Enfermagem Contemporânea**. Dez; v.3, n.2, p.154-164, 2015.

MANLEY, B.J., KUSCHEL, A., ELDER, E. *et al.* Altos índices de retinopatia na prematuridade após a inclusão de oxigenioterapia para recém-nascidos em pré-termo extremo: experiência em CTI, **The Journal of Pediatrics**, v. 68, p. 242-244, 2015.

MARQUES, L.F., RIBEIRO, R.V., ROCHA, C.R. *et al.* Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização, **Rev. Fund. Care Online**, v. 9, n. 4, p. 927-931, 2017.

MATTOS, P.C. Tipos de revisão de Literatura, Faculdade de Ciências Agronômicas, UNESP, Botucatu, 2015.

MELO, R.A., TAVARES, A.K., FERNADES, F.E.C.V. *et al.* Compreensão do enfermeiro sobre o cuidado ao recém-nascido em oxigenoterapia, **Rev. Pesq. Cuid. fundam.** (Online), v. 11, n. 1, p. 31-39, 2019.

MENDONÇA, L.C.A.M., PEDRESCHI, J.P., BARRETO, C.A. Cuidados de enfermagem em UTI neonatal, **Revista Saúde em Foco**, n. 11, p. 551-9, 2019.

MOLA R., DIAS, M.L., COSTA, J.F., FERNANDES, F.E.C.V, LIRA, G.G. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Fund. Care Online**. jul/ set; v.11, n.4, p.:887-893, 2019.

- OLIVEIRA, G.C. **Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros.** Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2015.
- OLIVEIRA, L.S.A., SILVA, M.J.S. **Recém-nascidos pré-termos muito baixo peso e ventilação mecânica invasiva: perfil clínico epidemiológico em uma maternidade escola de Alagoas,** Centro universitário CESMAC, 2020.
- OLIVEIRA, M. Manual de Metodologia Científica, 2011, disponível em: https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica__Prof_Maxwell.pdf. acesso em 12.set.2021.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Nascimento prematuro.** Genebra; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/index.html>. Acesso em 20.set.2021.
- PAIVA, A.K.L., LIMA, F.C., COELHO, M.R.S. *et al.* Perfil clínico de recém-nascidos em investigação para a retinopatia da prematuridade em uma maternidade na região Amazônica, **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.
- PASTRO, J., TOSO, B.R.G.O. Influência do oxigênio no desenvolvimento de retinopatia da prematuridade, **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 72, n. 3, p. 623-30, 2019.
- PELUSO, A.Q.L. Ventilação pulmonar mecânica em neonatologia, **Revista Intensiva**, p.120-127, 2016.
- RIBEIRO, J.F., SILVA, L.L.C., SANTOS, I.L., O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro, **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3833-41, 2016.
- RODRIGUES, F.A. **Acompanhantes de crianças hospitalizadas em Unidade Neonatal: Preocupações e Estratégias relacionadas à segurança do Paciente,** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- ROSA, N.C., ROLIM, R., ALMEIDA, T.R.A. *et al.* Uso da oxigenoterapia de alto fluxo em pediatria e neonatal: revisão de literatura, **Revista Saúde**, v. 11, n.1-2, p. 91-102, 2017.
- SANTOS, R.J. **Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016,** Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.
- SEGUR, P.C., MORERO, J.A.P., OLIVEIRA, C.T. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com síndrome do desconforto respiratório, **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S2, p. 141-159, 2019.
- SOARES, L.G., SAUKA, J.M., HIGARASHI, I.H. *et al.* Efeitos da oxigenoterapia em neonatologia: revisão integrativa de literatura, **Revista Enfermagem Atual in Derme** – v.87. n. Esp, 2019.
- SOUSA, T.M., SILVA, V.M., FONTENELE, F.C. *et al.* Prevalência dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em unidades de terapia intensiva neonatal, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, 2018.
- SUS, Sistema Único de saúde, Manejo para o uso controlado de oxigênio em recém-nascidos prematuros, protocolo assistencial multiprofissional, **EBSERH**, 2021.
- TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal-Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco Rio de Janeiro;** Guanabara Koogan; 6 ed.; 2017.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA MANIPULAÇÃO DO PREMATURO EXTREMO

Data de aceite: 01/02/2022

Denise da Silva Carvalho

<https://lattes.cnpq.br/8947824130769877>

Livia Mota Reis

<https://lattes.cnpq.br/9605960953966940>

RESUMO: O presente estudo trata sobre a manipulação ao prematuro extremo e tem como **objetivo geral** conhecer as reações fisiológicas e comportamentais, bem como as consequências advindas desse tipo de estímulo na assistência ao neonato. Para tanto, estabeleceu-se como **objetivos específicos** descrever as reações e as consequências da manipulação a fim de discutir as implicações dos achados para a assistência de enfermagem neonatal. O **modelo de pesquisa** utilizado foi exploratório descritivo de abordagem qualitativa e, para isso, foi utilizado o método de revisão integrativa de literatura não sistemática. Como **resultado**, o estudo aponta a manipulação excessiva por parte da equipe multidisciplinar, em que a mínima estimulação pode desencadear respostas fisiológicas e/ou comportamentais ao prematuro extremo. Como consequência dessa manipulação, a interrupção do sono e a dor são apontadas como nocivas para o desenvolvimento do sistema nervoso central, podendo levar a sequelas neurológicas, principalmente devido à hemorragia intracraniana. Assim, ao final do estudo, **conclui-se** que é importante ressaltar que, sendo o enfermeiro gerente do cuidado, ele deve estabelecer condutas que visem o cuidado humanizado, pautado na neuroproteção, como

o protocolo de mínimo manuseio que garante menor número de manipulações possíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Neonatal. Manipulação Prematuro. Prematuro Extremo.

ABSTRACT: This present study deals about the manipulation in the extreme premature and has as **general objective** cognize the physical and physiological reactions, as well as the consequences arising from the stimuli in the assistance to the newborn. Therefore, has been established as **specific objectives** describing the reactions and the consequences of the manipulation in order to discuss about the implications of the research for neonatal nursing care. The **model of search** that had been used was the exploratory descriptive qualitative approach and, for these reasons, was used the integrative review of non-systematic literature method. As a **result**, the study indicates the excessive manipulation by the multidisciplinary group in which the minimum stimulation can trigger physical and physiological in the extreme premature. As a consequence of this manipulation, the sleep interruption and the pain are identified as harmful for central nervous system development, and it can motivate neurological sequelae, mainly due to intracranial hemorrhage. Thus, at the end of the study, it was **concluded** that it is important to emphasize that the nurse, as the caregiver, must establish conducts aimed at humanized care, based on neuroprotection as the minimum handling protocol that guarantees fewer possible manipulations.

KEYWORDS: Neonatal Intensive Care Units

(NICUs). Handling Premature. Extreme Premature.

INTRODUÇÃO

A motivação para elaboração deste estudo se deu a partir da minha vivência como técnica em enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em uma instituição privada de saúde no Rio de Janeiro, onde há 59 leitos e uma capacidade média de ocupação de 75%. Em 2018, registrou um número total de 853 internações e, dessas, 88 (10,3%) foram de recém-nascido (RN) com idade gestacional (IG) menor de 32 semanas. Na UTIN em questão, pude, então, observar que, para a sobrevivência desses RNs, principalmente os classificados como prematuros extremos, faz-se necessário uma série de intervenções por parte de uma equipe multidisciplinar.

A depender do estado clínico do RN, a equipe de enfermagem, muitas vezes, realiza intervenções/cuidados com maior frequência, principalmente nas primeiras 72-96 horas de vida. Como exemplo dessas intervenções há: administração de medicações, instalações de dispositivos invasivos, como o cateter venoso central de inserção periférica (PICC), as sondas, as punções venosas, aspiração de tubo orotraqueal (TOT) e procedimentos não invasivos, a exemplo das monitorizações, cujo objetivo é manter a estabilidade clínica e hemodinâmica do RN.

Nesse contexto, a prática clínica diária ainda é de manipulações frequentes nas UTIN, mesmo com aqueles prematuros estáveis hemodinamicamente. Por vezes, para tais prematuros não é considerado o melhor momento, ou mesmo o mais indicado, para a manipulação e prestação do cuidado. Como apontado por Pereira *et al* (2013) a prestação de cuidados deve seguir indicações clínicas rigorosas, sem as quais podem ocorrer prejuízos à saúde do neonato extremo, destacando-se as consequências neurológicas.

No que diz respeito à assistência, a literatura aponta como estratégia o agrupamento dos cuidados e a manipulação mínima, comumente não praticada pela equipe multiprofissional. Faz-se necessário, portanto, avaliar a manipulação do prematuro extremo, a fim de buscar estratégias efetivas para reduzi-la (PEREIRA, *et al* 2013).

Assim, com a vivência adquirida atuando enquanto profissional em um serviço de neonatologia e vivenciando a realidade acima descrita, inquietou-me a estudar as recorrentes manipulações por parte da equipe multiprofissional da UTIN. Manipulações essas as quais é submetido o prematuro extremo, trazendo a relevo o papel de destaque do enfermeiro enquanto profissional que é responsável por planejar a assistência de enfermagem a este cliente.

Além disso, discutir a temática nesta perspectiva pressupõe o fomento ao cuidado humanizado centrado no bebê e sua família, visto que o ambiente em que ambos se encontram, a UTIN, é algo novo, diferente do idealizado e planejado. Ambiente esse que traz medo, angústia e ansiedade. Isto por ser frio, rodeado por tecnologias duras, que,

segundo Merhy e Onocko (2007), são equipamentos e máquinas (respiradores, monitores, bombas infusoras, incubadoras), necessárias ao cuidado intensivo desses RNs.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. O método adotado foi de revisão integrativa de literatura não sistemática, cujo objetivo é reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre a temática, auxiliando na tomada de decisão e, conseqüentemente, na melhoria da prática clínica.

Desse modo, com base em resultados de pesquisas pré-existentes, é possível apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Tal método tem o potencial de contribuir para o conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros, de modo a proporcionar a realização de uma prática clínica com qualidade. Além disso, é esperado um facilitador de pesquisa, já que, em um único trabalho, o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, com diferentes opiniões (MENDES *et al*, 2008).

Para elaboração desta revisão integrativa foram percorridas as fases recomendadas pelos autores, que são: 1ª etapa: identificação do tema e seleção de hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da questão integrativa; 2ª etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ busca ou amostragem na literatura; 3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5ª etapa: interpretação dos resultados; 6ª etapa: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento integrativa (MENDES *et al*, 2008).

A pergunta norteadora para a elaboração da revisão integrativa que compõem a primeira etapa se dá por: quais reações fisiológicas e comportamentais são apresentadas pelo prematuro extremo durante a manipulação excessiva pela equipe multiprofissional? Além disso, quais conseqüências são descritas na literatura associadas à manipulação excessiva na assistência ao prematuro extremo pela equipe multiprofissional?

Para a segunda fase foi realizada a busca dos artigos nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval on-line* (MEDLINE) e um buscador acadêmico (Google Acadêmico). A amostra deste trabalho inclui todos os artigos que retratam a temática referente a esta revisão integrativa, encontrados na literatura nacional entre os anos de 2009 a 2019 em textos completos. Os descritores controlados que tinham relação com o tema foram selecionados e verificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Assim, os descritores utilizados foram: unidade de terapia intensiva neonatal, manipulação prematuro, prematuro extremo. Tal busca foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2019.

Para a terceira fase do desenvolvimento do projeto, realizou-se a seleção dos

estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram excluídos desta análise: dissertações, teses e editoriais. Após a seleção dos artigos, foi realizada leitura criteriosa de títulos e resumos dos potenciais artigos, excluindo-se, na medida da leitura, os artigos que não respondiam à pergunta norteadora.

A quarta fase representa a análise crítica dos estudos incluídos em que foram avaliados os artigos que faziam referência à temática. Esses artigos foram submetidos à leitura minuciosa, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Para tanto, foi elaborado um instrumento com objetivo de extrair informações e possibilitar a avaliação crítica.

Na quinta fase, a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva. Desse modo, é possibilitado ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo da metodologia. Além de impactar, de modo positivo, a qualidade da prática de enfermagem e fornecer subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

Como última etapa de pesquisa, Mendes *et al*, (2008) define como a síntese dos dados resultante de cada estudo, fornecendo uma estimativa para o problema investigado. Assim, após a análise e síntese dos artigos, foi possível identificar as reações fisiológicas e comportamentais e as principais consequências acometidas ao prematuro extremo devido ao excesso de manipulação.

Identifica-se escassez de literatura sobre a temática. Assim, buscou-se artigos de forma não sistemática através de sites de busca, como Google acadêmico e textos com aderência a pergunta de pesquisa, ainda utilizou-se literatura cinzenta como livros.

RESULTADOS \ DISCUSSÃO

Para a análise dos resultados, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, foram selecionados 9 artigos, sendo esses 55,5% (5) artigos representados por pesquisas de campo e 44,4% (4) refere-se a artigos de revisão bibliográfica.

Após a leitura e análise dos artigos selecionados, observou-se que 88,88% (8) dos autores selecionados, citam a manipulação aos prematuros na UTIN como excessiva, dolorosa e/ ou estressante. Tais manipulações às quais o RN sofre apresentam respostas fisiológicas e comportamentais, que, possivelmente, influenciarão nas sequelas neurológicas acometidas a esse grupo.

Pereira *et al* (2019), em seu estudo, embasado por estudos anteriores, considerou como manipulação todos os procedimentos realizados nos RNPT. Assim, o autor dividiu a manipulação em três tipos diferentes de acordo com sua finalidade: terapêutica, para cuidado ou para monitoramento.

Miranda *et al* (2019), Pereira *et al*, (2019), Andrezza *et al* (2017) e Giordani *et al*

(2017), em seus estudos, apresentam que os cuidados prestados aos prematuros, por menores que sejam, podem desencadear reações fisiológicas e comportamentais nesses RNs, o que pode interferir no desenvolvimento neurocomportamental destes. Essas respostas agudas podem apresentar repercussões crônicas que serão responsáveis por reflexos neurofisiológicos e impactarão no desenvolvimento neurológico desses prematuros.

Miranda *et al* (2019), destaca que a alteração de saturação de oxigênio é a resposta fisiológica com maior incidência (96.1%), seguida pela alteração na frequência cardíaca (92.2%). Além disso, no que se refere às respostas físicas, a de maior incidência descrita em seu estudo é o arqueamento de sobrelance (88,5%), seguida por alteração da expressão facial (80.8%).

Miranda *et al* (2019), Pereira *et al* (2019), Andrezza *et al* (2017) e Giordani *et al* (2017) apontam como alterações fisiológicas as modificações na coloração da pele e os episódios de vômitos. Além disso, apontam como alterações físicas o choro, o susto e alteração nos padrões sono / vigília.

Com relação ao excesso de manipulação, ele pode deflagrar a dor, o que é capaz de refletir negativamente no desenvolvimento do SNC, principalmente nos prematuros extremos (menores que 30 semanas de IG). (MIRANDA *et al* (2019), PEREIRA *et al* (2019), MARQUES, *et al* (2017), ANDREAZZA *et al* (2017) e MAKI *et al* (2017)),

Pereira *et al* (2019), Giordani *et al* (2017), Andrezza *et al* (2017) e Balbino *et al* (2012), ressaltam que a dor no RN não é verbalizada, sendo assim, os RNPTs a expressam através de reações fisiológicas e comportamentais, acima citadas, sendo essas meios de comunicação entre o profissional e o RN durante a manipulação.

Assim, a dor no prematuro extremo é percebida de maneira individualizada e não sistemática, sendo ela avaliada com base em valores pré-estabelecidos pelo profissional responsável pelo manuseio. Para auxiliar neste diagnóstico, pode-se lançar mão de escalas avaliativas para reconhecimento da dor em RNs. (PEREIRA *et al* (2019), ANDREAZZA *et al* (2017) e BALBINO, *et al* (2012)).

Para Marques *et al* (2017), Andrezza *et al* (2017) e Maki *et al* (2017), o sono é fundamental para o amadurecimento e crescimento neurológico saudável. Por isso, a interrupção do sono é altamente nociva para o desenvolvimento do SNC, pois pode provocar alterações no ganho de peso e, conseqüentemente, no tempo de hospitalização do RN.

Miranda *et al* (2019), Pereira *et al* (2019), Marques *et al* (2017), Andrezza *et al* (2017) e Giordani *et al* (2017) preconizam que os profissionais envolvidos nos cuidados aos prematuros devem estar focados nas reações por eles apresentadas, a fim de minimizar os possíveis agravos acometidos a este público durante a manipulação. Tal medida tem a finalidade de diminuir o estresse, promovendo conforto durante os procedimentos, a partir de um olhar individualizado, respeitando o tempo e as condições clínicas apresentadas pelo RN.

O agrupamento de cuidados é de grande valia, porém a prática de múltiplos procedimentos dolorosos é desaconselhável, devido ao alto nível de estresse e dor que pode prejudicar a recuperação desses RNs hospitalizados. Além disso, a prática de medidas não farmacológicas com a finalidade de reduzir o estresse, a dor e desconforto comportamental é incentivada pelos autores. (MIRANDA *et al*, (2019); MARQUES *et al* (2017); ANDREAZZA *et al* (2017) e GIORDANI *et al* (2017)).

Miranda *et al* (2019) e Giordani *et al* (2017), propõem o protocolo de mínimo manuseio aos prematuros extremos. Tal protocolo inicia-se logo após o nascimento, perdura até as primeiras 96 horas de vida e é uma padronização que envolve toda equipe multiprofissional com a finalidade de reduzir o número de manuseio ao prematuro extremo, minimizar o estresse causado a ele, reduzir a taxa de HIC, reduzir o número de sequelas e, conseqüentemente, a morte desses prematuros extremos. Além disso, os cuidados com o SNC nos prematuros extremos são de suma importância, principalmente devido à imaturidade e fragilidade neurológica.

Formiga *et al* (2009) e Araújo *et al* (2013) apontam que o nascimento prematuro não é um evento isolado para determinar alterações neurológicas. Isso porque a imaturidade orgânica e o ambiente neonatal são importantes fatores que também devem ser levados em consideração ao analisar essa questão. São exemplos: os movimentos gerais anormais nos primeiros dias de vida; sexo masculino; comorbidades neonatais; peso menor que 1.500g; alteração nos exames de imagem e mães mais jovens. Tais fatores tendem a desencadear maiores problemas no desenvolvimento dos RNPTs com relação aos RNs a termos que não possuam essas condições.

Ademais, para o atraso nos movimentos, linguagem expressiva e compreensiva, o estudo salienta como um dos fatores de risco o muito baixo peso (>1500g). Além disso, as doenças pulmonares crônicas e o retardo do crescimento intrauterino foram agravantes nas atividades psicomotoras manuais e nos movimentos gerais avaliadas nos primeiros meses de vida. Porém existe um alto índice de exames neurológicos normais aos dois anos de idade (FORMIGA *et al*, 2009).

Achados dos estudos revelam que os prematuros com anormalidades neurológicas apresentaram pior prognóstico cognitivo na idade escolar e desenvolvimento intelectual limítrofe. Assim, é necessário fazer uma avaliação criteriosa sobre o nascimento prematuro, mesmo sabendo que este não é um fator determinante para as alterações neurológicas. O desenvolvimento neurológico tem influência de fatores externos como estímulos verbais, motores, visuais e auditivos (MARQUES *et al.*, 2017 e FORMIGA *et al.*, 2009).

Araújo *et al* (2013) ressalta que o cuidado humanizado e o avanço na assistência neonatal podem estar influenciando positivamente no desenvolvimento dos prematuros extremos, segundo apontam estudos sobre a redução de casos graves em uma amostra de pesquisa. Isso porque, ainda que esse seja o grupo de maior risco para o desenvolvimento motor, devido ao maior tempo de hospitalização, uso de suporte ventilatório e oxigenoterapia,

o cuidado humanizado ainda é de grande valia nas UTINs.

O maior tempo de hospitalização expõe o prematuro extremo à estimulação excessiva, o que provoca alterações no seu comportamento motor. Porém algumas reações comportamentais do RNPT podem ser influenciadas pelo posicionamento impróprio no leito. Além disso, procedimentos dolorosos e estressantes geram respostas comportamentais nos RNPTs, tais como torção do corpo, e/ou flexão dos braços e das pernas. Esses reflexos podem contribuir para alterações no desenvolvimento do R (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Desse modo, Araújo *et al* (2013) e Formiga *et al* (2009) recomendam estudos sobre o desenvolvimento dos bebês prematuros, não apenas os comparando pela IG, mas levando em consideração as complicações neonatais, estado nutricional e lesões no SNC. Isso tudo tendo em vista que a plasticidade cerebral dos primeiros meses de vida do RN favorece um melhor prognóstico frente a estimulação. Assim, faz-se necessário um diagnóstico precoce, a fim de possibilitar a antecipação de estímulos e reduzir riscos de sequelas definitivas.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o elevado índice de prematuridade no Brasil e a diminuição da taxa de mortalidade desses RNs, faz-se necessário analisar o impacto da tecnologia, bem como a manipulação excessiva nesses prematuros. Desse modo, observa-se que o excessivo manuseio pode provocar a dor e a interrupção do sono ao prematuro extremo, além de reações fisiológicas e comportamentais que podem levar a sequelas neurológicas.

Entretanto, deixar o RN em completo repouso é uma tarefa de extrema dificuldade, principalmente para a equipe de enfermagem. Por isso, é preciso buscar um contínuo aperfeiçoamento às demandas do protocolo de mínimo manuseio. Nesse cenário, a equipe encontra um impasse: as evidências científicas quanto ao mínimo manuseio são, em número, reduzidas. Isto é, o Brasil ainda carece de referências teóricas a respeito da temática abordada nesta pesquisa.

Contudo, ainda que estes estejam em escassez, alguns artigos já discutem a relevância dos protocolos de mínimo manuseio, tendo em vista a demanda por estratégias para preservar o sistema nervoso dos prematuros, principalmente os classificados como extremos (menor que 30 semanas de IG).

A literatura aponta a relevância do mínimo manuseio, a fim de diminuir o estresse, a dor e prevenir a HIC causada pela manipulação excessiva, sendo esses fatores responsáveis por alterações no SNC. Isso porque, reduzir a atividade motora tem a finalidade de respeitar o controle térmico e o ciclo sono/vigília. Ciclo esse que possui suma importância para o amadurecimento e crescimento de forma saudável, minimizando as sequelas neurológicas que acometem o prematuro extremo.

Por isso, ao entender que o nascimento prematuro interfere no processo de maturação cerebral, e, portanto, pode levar a alterações anatômicas e estruturais, faz-

se necessário refletir e garantir uma assistência de melhor qualidade, humanizada e sem danos aos prematuros extremos. Isso porque tais alterações anatômicas e estruturais acarretam déficit funcionais que podem perdurar até a vida adulta.

Sendo assim, a união de ações por parte de toda a equipe multiprofissional torna-se indispensável para um cuidado eficaz, visto que, além de capacidade técnica, o comprometimento profissional e o olhar individualizado possibilitam um maior respeito aos limites desse grupo tão frágil - os prematuros-. Desse modo, o enfermeiro, como gerente do cuidado, deve ser responsável por implantar em toda equipe, a terapêutica do mínimo manuseio, visando reduzir os impactos fisiológicos e comportamentais causados pela manipulação excessiva.

Esse processo é de suma importância, uma vez que o estresse e a dor podem causar reações observadas por toda equipe multiprofissional, como aumento da frequência cardíaca, queda de saturação, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, hipotermia, choro, alteração no padrão de sono, cianose e vômito. Desse modo, é importante aguardar o momento certo, agrupar os cuidados e respeitar sempre as reações apresentadas pelos RN.

Quanto às sequelas neurológicas, elas podem ter um diagnóstico precoce, porém, na maioria dos casos, esse diagnóstico só é percebido mais tardiamente, devido à plasticidade cerebral. Sequelas mais graves, como paralisia cerebral, cegueira e surdez são, em geral, identificadas nos primeiros dois anos de vida. Entretanto, o nível de sequela está relacionado à gravidade. Além disso, distúrbios podem desaparecer ou serão acentuados com o tempo, por isso é necessário a realização de constantes avaliações e exames neurológicos.

Portanto, é importante ressaltar a necessidade de construção de novas pesquisas no Brasil sobre essa temática, visando um cuidado neonatal pautado em evidências que garantem a melhoria do processo de cuidar. Isso porque descrever a aplicabilidade do protocolo e sugerir recomendações de manuseio mínimo baseado em evidências científicas contribui para a melhoria da prática assistencial nas UTINs. Para tanto, devido a todos os fatores supracitados, a terapia do mínimo manuseio é recomendada em todas as UTINs.

REFERÊNCIAS

ANDREZZA M.G.; MOTTER A.A.; CAT M.L.; SILVA R.P.G.V.C. Percepção da dor em neonatos pela equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, [Internet] out/dez 2017, [acesso em]: 05 mar. 2019. Disponível em: URL: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/19813/13234>.

ARAÚJO, A. T. da C.; EICKMANN, S. H.; COUTINHO, S. B. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.119-128, [internet] June 2013.

BALBINO A.C.; CARDOSO M.V.L.M.L.; SILVA R.C.C.; MORAES K.M. Recém-nascidos pré-termo: Respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, out. 2012.

CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; HANSEN, A.R.; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

FORMIGA, C. K. M. R., LINHARES, M. B. M., Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009, vol.43, n.2, pp.472-480. ISSN 1980-220X.

GIORDANI, A.T.K.; BERTE, C.; LOUREIRO, P.C., Cuidados 0 com o prematuro extremo: Elaboração do protocolo mínimo manuseio. **Revista Varia Scientia- Ciência da saúde**. Set 2017.

IASP, 1994. Part III: **Pain Terms, A current List with Definitions and Noes usag** (pg 209-2014) Classification of chronic Pain, Second Edition; IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, [Internet] 1994. [acesso em]: 18 mar de 2019. Disponível em: URL: <http://www.asppain.or>.

MAGLIONE, A.V., GOLIN, M.O., SARNI, R.O. Triagem neurológica de recém-nascidos pré-termo com hemorragia peri e intraventriculares: estudo transversal observacional. **Revista ABSCS Health Sci**, p. 3-9. 18 de maio 2018.

MAKI, M.T, ORSI, K.C.S.C, TSUNEMI, M.H, HALLINAN, M.P, PINHEIRO, E.M, AVELAR, A.F.M. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. **Rev. Acta Paul Enferm**. p.489-496. 2017.

MARINHO, R. da S.; CARDOSO, L. de A.; IDALGO, G.F.; JUCÁ, S.S.H. Hemorragia periventricular, intraventricular e mecanismos associados à lesão em recém-nascidos pré-termos. **Rev. Acta Fisiatr**. São Paulo. p.154-158. 2007.

MARQUES L.F.; RIBEIRO R.V.; ROCHA C.R.; CARREIRO M.A.; SANTIAGO L.C. Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. **Rev. fun Care Online**. 2017 out/dez; 9(4): -927931.

MENDES K.D.S.; SILVEIRA R.C.C.P.; GALVÃO C.M. Revisão integrativa método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto-enferm**, 2008; 17 (4): 758-64.

MERHY, E.E; ONOCKO, R., organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MIRANDA A.M.; CUNHA D.I.B; GOMES S.M.F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: Revisão integrativa. **Revista mineira de enfermagem**. out 2010.

MONTANHOLI, L.L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M.C.P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar-abr 2011.

MONTEIRO, L.M., GEREMIA, F.R., MARTINI, C., MAKUCH, D. M. V., TONIN, L., Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: recomendações baseadas em evidências. **Rev. Enfermagem atual in derme**, v.89, n. 27. 2019, p.1-7.

OLIVEIRA, C.S.; CASAGRANDE, G.A.; GRECCO, L.C.; GOLIN, M.O. Perfil de recém-nascido pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. **Rev. ABCS Health Sci**, 2015; 40(1): 2/8-32.

PEREIRA F.L.; GÓES F.S.N.; FONSECA, L.M.M; SCOCHI, C.G.S.; CASTRO, T.C.; LEITE, A.M. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, jul 2013.

PEREIRA, R.M.S.; CAMARÁ, T.L.; PEREIRA, N.C.S.T. Enfermagem e o manuseio do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Rev. UNINGÁ**, Maringá. mar. 2019.

SANTOS G.C., LIMA L.M., OLIVEIRA G.B., SOUZA A.R., FERITAS V.S. Intervenção de enfermagem no controle da dor em neonato: eficácia de ações não farmacológicas. **Rev Enferm. UFPE online**. Recife. Agosto 2015.

SANTOS, M. L.; PEREIRA, M.P.; Santos, L. F. N.; SANTANA, R. C. B. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. 2012, jan-fev; 65 (1): 27-33

SILVA, Naíme Diane Sauaia Holanda et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev Bras crescimento desenvolvimento hum**. São Paulo; v.21, n.1, p. 85-98. 2011.

SILVEIRA, R.C; PROCIANOY, R.S. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. **Rev. J Pediatr.**, Porto Alegre. 2005.

VERONEZ M.; CORRÊA D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Maringá Pernambuco. Abril 2010 15 (2): 263-270.

ANEXO A

ESCALA DE NIPS: AVALIAÇÃO DA DOR.

ESCALA DE NIPS	ESCORE
1. Expressão Facial	
Normal, relaxada	0
Contraída	1
2. Choro	
Ausente	0
Resmungos	1
Vigoroso	2
3. Respiração	
Silenciosa, padrão normal, relaxado	0
Diferente da basal	1
4. Braços	
Relaxados	0

Flexão ou extensão	1
5. Pernas	
Relaxadas	0
Flexão ou extensão	1
6. Estado de Alerta	
Dormindo/ calmo	0
Desconforto/ irritação	1
Escore total (registrar)	
Intervenção (registrar) Toque facilitado/ sucção não nutritiva/ glicose oral/ outros (registrar)	

** Em recém- nascidos intubados não se avalia choro e a pontuação por expressão facial é dobrada.

CAPÍTULO 4

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/02/2022

Roziclea Estevão do Nascimento

<http://lattes.cnpq.br/2916180968036948>

Danielle da Silva Mendes Dantas

<http://lattes.cnpq.br/4651721293699189>

Rafaela Costa Durães

<http://lattes.cnpq.br/5617661970823588>

Ana Carla Alves Cruz

<http://lattes.cnpq.br/3966941400155250>

Cláudia Bueno de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/9811410520972892>

Lúcia Helena de Oliveira da Costa

<http://lattes.cnpq.br/6675070666350788>

Alessandra Sodr e Alves

<http://lattes.cnpq.br/2504246211317932>

Cristiane Gomes de Aquino

<http://lattes.cnpq.br/9529158425995722>

Luciana F elix de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/0397580994752213>

Simone Pinho Rozendo Leite Silva

<http://lattes.cnpq.br/3541336808925768>

RESUMO: Ao nascer, o rec em nato (RN) pode necessitar de internac o em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs), trazendo aos pais sentimentos indesejados e temíveis, como: medo, angústia, culpa e inseguranca acarretando uma separac o precoce entre pais/

familiares e os RNs. Dessa forma, despertamos o interesse em descrever o papel do Profissional de Enfermagem sobre a humanizac o do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O objetivo do trabalho foi identificar possíveis fatores que possam interferir na aplicabilidade da assistência humanizada e as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para promover o cuidado humanizado na UTIN. A metodologia adotada para o desenvolvimento da pesquisa foi a revisão integrativa da literatura. Foram consultados 50 artigos, 13 atenderam aos critérios de inclusão. Na análise e categorizac o dos dados observamos que a comunicac o efetiva   um fator essencial para promover clareza, diminuindo os estímulos estressores do ambiente, favorecendo alívio e conforto aos pais. Concluímos que   necessário investir na forma o e treinamento da equipe de enfermagem das UTINs, promovendo capacita o técnica, está associada a comunicac o efetiva e sensível favorece aos pais/familiares a diminuic o dos anseios externados por eles, a comunicac o   um dos fatores principais da humanizac o.

PALAVRAS-CHAVE: Humanizac o da Assistência, Assistência de Enfermagem e Neonatal.

ABSTRACT: At birth, the newborn (NB) may need to be admitted to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), bringing unwanted and fearful feelings to parents, such as: fear, anguish, guilt and insecurity, leading to an early separation between parents/family members and parents. the RNs. Thus, we arouse interest in describing the role of the Nursing Professional on the humanization of

care in the Neonatal Intensive Care Unit. The objective of this study was to identify possible factors that may interfere with the applicability of humanized care and the strategies adopted by the nursing team to promote humanized care in the NICU. The methodology adopted for the development of the research was the integrative literature review. Fifty articles were consulted, 13 met the inclusion criteria. In the analysis and categorization of the data, we observed that effective communication is an essential factor to promote clarity, reducing the stressors of the environment, favoring relief and comfort for parents. We conclude that it is necessary to invest in the formation and training of the nursing staff of the NICUs, promoting technical training, it is associated with effective and sensitive communication, it favors parents/family members to reduce the anxieties expressed by them, communication is one of the main factors of humanization.

KEYWORDS: Humanization Care, Nursing Care and Neonatal.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, houve significativo desenvolvimento da medicina fetal, favorecendo a sobrevivência bem-sucedida de recém-nascidos prematuros, o que resultou no desenvolvimento da neonatologia e o surgimento da UTIN, com tecnologia avançada e equipes de profissionais qualificados nesta área. O evento proporcionou redução no número de mortes de recém-nascidos e melhores taxas de natalidade (ASCHNER et al., 2018).

A principal causa de morte dos recém-nascidos em todo o mundo é o nascimento prematuro, variando de 5 a 18%, com uma maior incidência em países em desenvolvimento (ASCHNER et al., 2018).

O número de nascimentos prematuros no Brasil são estimados como bastante expressivos, segundo dados de 2014, havia 2.979.259 nascidos vivos, 11,2% tinham menos de 37 semanas e 8,4% nasceram com peso abaixo de 2.500g, evento que pode contribuir para altas taxas de morbimortalidade neonatal (BRASIL, 2014; LANSKY et al., 2014).

Essa situação exige um cuidado intensificado e humanizado, traduzido em assistência e qualidade, com profissionais mais qualificados e experientes; facilidade de acesso aos cuidados de saúde para o paciente; tratamentos eficazes e atuais, com monitoramento constante do estado do paciente; reduzir as fontes de estresse e apoiar as necessidades sociais e hábitos alimentares do recém-nascido; assistência que respeite a diversidade cultural, condição religiosa, racial e socioeconômica dos membros da família do paciente e a equipe responsável pela terapia; individualizado, integral e atendimento humanizado; espaço de internação equipado com instrumentos modernos; apropriado processo de alimentação priorizando, quando possível, a amamentação; e cuidadores com as mãos devidamente higienizados e com equipamentos de proteção (MARTIN et al., 2018).

A UTIN é um setor multidisciplinar delicado e complexo que depende de profissionais que sejam capazes de compreender, se entregar e cuidar com tempo e dedicação aos

pacientes, e deve ter estrutura e organização com recursos humanos especializados, equipamentos e tecnologia adaptada às demandas do recém-nascido patológico 24 horas por dia (TAMEZ, 2017).

Desde 2011, a enfermagem tem assumido as funções diretamente relacionadas ao cuidado do recém-nascido, antes exercidas por técnicos e auxiliares de enfermagem (DIAS et al., 2016). O enfermeiro assume os cuidados garantindo uma assistência segura e adequada ao recém-nascido pré-termo (ASCHNER et al., 2018).

A equipe de enfermagem da UTIN está sujeita a constante estresse devido ao contato frequente com recém-nascidos de risco, com demandas de assistência permanente e atendimento especializado, além de o alto grau de comprometimento que a natureza do trabalho exige como plano de cuidado; organização do espaço e planejamento de sua prática, entre o RN e a gestão de equipamentos complexos; também tendo o desafio de apoiar parentes mitigando o lesão emocional causada por hospitalização (BARBOSA, 2013; SOUZA, 2017; OLIVEIRA et al., 2013).

Os investimentos em tecnologias para melhorar a UTIN são significativos para o atendimento às recém-nascidos de risco, mas considerando a enfermagem como a equipe que humaniza o meio ambiente, em ao contrário da estrutura do espaço, é necessário que mais profissionais sejam treinados e especializada em neonatologia, principalmente pelo conhecimento relacionado ao paciente assistido a fim de prestar assistência qualificada, produzindo ações voltadas para a recuperação da saúde (TAMEZ, 2017).

Segundo o Datasus, apenas no Estado do Rio de Janeiro do ano de 2019 do total de 330.455 nascidos vivos (Sistema de informações de Nascidos Vivos -SINASC) onde 8.464 desses nascimentos foram prematuro, ocasionando 539 óbitos (Sistema de Informações sobre Mortalidade -SIM) por prematuridade (BRASIL, 2019).

Apesar de ser um assunto que deve ser enfatizado, existe escassez na literatura com relação à percepção do profissional de enfermagem, atuante em unidade de terapia intensiva neonatal, com enfoque na assistência humanizada. Por isso, o estudo pretende identificar quais estratégias o profissional de enfermagem pode utilizar, que preconize atender tanto as necessidades do prematuro como as demandas de seus familiares, promovendo e aprimorando o vínculo afetivo entre as partes, além de desconstruir a imagem hostil, desumanizada e apática que a sociedade tem em relação ao setor e aos cuidados de enfermagem que lá são ofertados (SILVA,2017).

No setor saúde, preocupação com questões relacionado ao atendimento à população em cuidados de saúde contribuíram para o desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (Política Nacional de Humanização - PNH) em 2004. Esta política priorizou a qualidade cuidado, assim, a humanização é compreendida como a valorização de diferentes assuntos envolvidos no processo de produção da saúde. Valorizar esses assuntos envolve respeito e compreensão do subjetivo e social dimensão em todos os cuidados e gestão práticas no SUS.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em que os recém-nascidos são inseridos, é um setor complexo, de terapia intensiva, dirigido em bebês gravemente doentes, devido a um parto complicado ou prematuro, uma cesariana não programada ou qualquer outra complicação apresentado pelas mães que põe em perigo a saúde dos recém-nascidos, exigindo uma hospitalização prolongada para recuperação de saúde deles.

Quando há hospitalização de um bebê nessa unidade, é um período de inevitável separação entre mãe e filho, exigindo o acolhimento pelos profissionais a partir do momento que a criança é internada na unidade até a alta, para que os medos e ansiedades das mães pode ser minimizado.

A hospitalização da criança leva a separação entre mãe e filho com vários conflitos, como os pais muitas vezes sonham um bebê saudável. Então, há um conflito entre o recém-nascido real e o idealizado, já que a internação causa um forte impacto familiar, com diversificação de sentimentos adquiridos pela mãe, configurando em vários fatores como estresse, medo, culpa, e ansiedade, e insegurança sobre a sobrevivência da criança. Portanto, a maioria das mães se distanciam da unidade, diminuindo a visita à criança, por medo de presenciar seu filho em um ambiente hostil com dispositivos que são estranhos para eles, com uma falta de compreensão da situação real da vida de seu bebê, e a sua ausência em o cuidado direto com o recém-nascido.

As mães, quando perto da cama, ficam assustadas e curiosas, observando o ambiente físico cheio de dispositivos e soa talvez como desconhecido, tornando-o em um espaço ideal para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

Compreendendo que é na família que se exerce o cuidado um com o outro, e receber as mães naquele é um ato importante para a abordagem de como a mãe deve se aproximar e cuidar do seu filho junto com a equipe. Desta forma, os profissionais da UTIN são os grandes promotores deste processo, acolhê-los e permitir isso através conscientização através da condução educacional atividades e conversas diretamente com eles durante a visita, eles podem trazer conforto e confiança, que são importantes na recuperação do bebê.

Diante do exposto, é necessária uma compreensão completa dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, principalmente tendo em vista a humanização da assistência, não voltada apenas para o recém-nascido, mas também na família alargada. Assim, o objetivo deste artigo foi destacar as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para promover o cuidado humanizado na UTIN.

O objetivo deste estudo foi identificar possíveis fatores que possam interferir na aplicabilidade da assistência humanizada e as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para promover o cuidado humanizado na UTIN.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, que visa proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. O seu desenvolvimento foi baseado nas seis etapas que compõem esse método, são elas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Para a busca dos artigos utilizou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Humanização da Assistência”; and; “Assistência de Enfermagem” and; “Enfermagem Neonatal”, conectados pelo operador booleano “AND”. A busca foi realizada nos meses de abril a outubro de 2021, no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e MEDLINE.

Os critérios de inclusão adotados para a busca foram os seguintes: artigos disponibilizados na íntegra, nas bases de dados selecionadas, que apresentam aderência à temática, no idioma português, publicados nos últimos 10 anos (2011 a 2021), com vistas a encontrar as evidências da temática de estudo. Os critérios de exclusão adotados foram: produções científicas que apresentavam apenas o resumo, em outros idiomas e publicações que não abordavam a temática do estudo.

A partir da combinação desses descritores, foram localizados 50 estudos no total. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, dentre os trabalhos selecionados, foi realizado uma seleção criteriosa, leitura e avaliação dos estudos, por meio de títulos, resumos na íntegra.

3 | ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

No Brasil, o artigo 11 da Lei nº 7.498 / 86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, estabelece que, entre as áreas exclusivas do enfermeiro estão os cuidados diretos de enfermagem a pacientes com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que requer conhecimento científico e capacidade de tomar decisões imediatas; esse cuidado fica evidente na UTIN (LANSKY,2014).

A UTIN é uma unidade hospitalar projetada para o atendimento de pessoas de alto risco recém-nascidos, com idade entre 0 e 28 dias, que precisam de alta formação profissionais de saúde, que devem estar presentes 24 horas por dia. Nisso unidade, a especificidade do atendimento e o nível de dependência dos pacientes são alto. Esses pacientes não conseguem se envolver e / ou participar no cuidado prestado.

Além disso, os recém-nascidos são mais frequentemente expostos a erros potencialmente prejudiciais em uma UTIN por causa da imaturidade fisiológica, das

habilidades compensatórias limitadas, mudanças rápidas em peso e uma pequena área de superfície corporal, bem como a comunicação barreira entre pacientes e seus cuidadores. (GIORDANI,2015)

Profissionais de enfermagem mantêm contato próximo com seus pacientes e podem identificar riscos com mais frequência, bem como oferecer valiosas sugestões para melhorar as estratégias de segurança e, conseqüentemente, reduzindo erros. Além disso, a NICU é um sistema complexo que precisa de barreiras específicas, excedendo a dedicação, treinamento e vigilância de seus funcionários. (GIORDANI,2015)

Para os profissionais de enfermagem, os erros podem causar várias dificuldades, dado o estresse emocional, preceitos éticos e punições legais para os envolvidos. Portanto, é importante investir em uma cultura de segurança organizacional, que permite discussões não punitivas, a compreensão dos eventos e a adoção de medidas preventivas medidas. O gerenciamento de erros pode ser uma ferramenta útil para o paciente cultura de segurança incentivando as melhores práticas na UTIN. (GIORDANI,2015)

A escassez de mão de obra de enfermagem em unidade de terapia intensiva infantil aumentou o número de horas de trabalho e levou à incidência de erros. O equilíbrio no trabalho do enfermeiro na unidade hospitalar é importante para a satisfação e segurança do enfermeiro e do paciente. O planejamento da força de trabalho deve ser feito com base na variedade e no volume de trabalho. A maioria dos sistemas de notificação de incidentes usa uma abordagem voluntária e impune para cuidar de bebês. (LANSKY,2014)

Gestores hospitalares e diretores de enfermagem devem se esforçar muito para promover o trabalho em grupo, estimular o relato de erros e melhorar a segurança do paciente. Intervenções para identificar os enfermeiros com as expectativas das mães quanto à qualidade e a comunicação entre enfermeira e mãe parecem ser necessárias. (LANSKY,2014)

Profissionalismo em enfermagem significa fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, ao mesmo tempo que defende os valores de responsabilidade, respeito e integridade (LANKY, 2014).

Em essência, o profissionalismo da enfermagem consiste em demonstrar um compromisso inabalável com a vocação e a vontade de fornecer continuamente os cuidados da mais alta qualidade aos pacientes.

4 | RESULTADOS

Dos artigos localizados, 13 atenderam aos critérios de inclusão. Nos estudos incluídos, avaliou-se a resolução da pergunta norteadora. Na análise e categorização dos dados visualizou-se que à escuta ativa e comunicação efetiva são fatores essenciais para promover clareza, diminuindo os estímulos estressores do ambiente, favorecendo alívio e segurança aos pais/familiares.

Ano	Título	Periódico	Metodologia	Objetivo
2011	A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal	Revista da escola de Enfermagem da USP	Estudo exploratório descritivo na vertente da pesquisa qualitativa,	Conhecer/Compreender a percepção das mães que acompanharam seus filhos durante a internação na Unidade Neonatal em relação à humanização da assistência.
2011	Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Estudo descritivo com abordagem Qualitativa.	Conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no cuidado da família do RN internado na unidade neonatal, identificar ações de enfermagem que promovam a humanização da assistência e investigar Atores que desfavoreçam o cuidado da família neste contexto da assistência,
2012	O cuidado de Enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de Enfermagem	Revista eletrônica de Enfermagem	Coleta de dados qualitativa	Analisar a prática cuidativa da equipe de Enfermagem de uma Unidade Neonatal ao neonato pré-termo.
2013	Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	Analisar a percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado ao recém-nascido/RN de risco e identificar ações dos profissionais de Enfermagem que contribuem para a humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal.
2013	Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da Enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal	Revista Cofen	Revisão de literatura integrativa	Caracterizar a produção científica brasileira de Enfermagem sobre neonatologia e a humanização do cuidado aos
2013	Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	SciELO	Coleta de dados	Investigar a concepção de humanização e de cuidado humanizado da equipe de profissionais da UTIN, bem como o relato de suas práticas de assistência ao RN.
2014	Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem	Revista de pesquisa é cuidado fundamental online	Coleta de dados qualitativa	Conhecer a concepção de cuidado neonatal humanizado na visão da equipe Enfermagem
2018	A humanização em unidade de terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa,	Compreender os significados de humanização da assistência sob a ótica de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2019	Estratégias do enfermeiro intensivista neonatal frente à humanização do cuidado.	CuidArte Enfermagem	Revisão integrativa.	Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro intensivista neonatal no processo de humanização do cuidado.
2019	Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro	Revista de Enfermagem UFPE	Estudo qualitativo, descritivo	Identificar quais são as intervenções de Enfermagem realizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que promovem o fortalecimento do vínculo entre a família e o recém-nascido prematuro
2019	Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da Enfermagem	Revista de Enfermagem E Atenção à Saúde.	Estudo qualitativo, descritivo, exploratório.	Identificar a percepção da equipe de Enfermagem sobre a humanização da assistência prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
2020	Humanização da assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal	Revista de Enfermagem E Atenção à Saúde.	Descritivo, exploratório, seguindo uma abordagem qualitativa.	Compreender a humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal
2021	Programas De Atenção À Criança Na Atenção Básica, Uma Perspectiva De Enfermagem	Revista de Enfermagem E Atenção à Saúde.	Estudo qualitativo, descritivo	Compreender as funções do eixo estratégico da PNAISC

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão. Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

5 | DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde sabem a importância de um atendimento acolhedor, proposto na PNH do SUS e, sobretudo, realizam constantemente tais diretrizes durante suas atividades. Além disso, membros da família identificam o acolhimento como ferramenta fundamental para atender às suas necessidades e se sentir mais considerado, compreendido e apoiado quando acolhido por toda a equipe (GIORDANI, 2015).

Em relação à comunicação, envolve formas verbais e não verbais. Para garantir uma boa interação entre os cuidados de saúde profissionais e usuários, o desenvolvimento de competências é essencial para aplicar o processo de comunicação de forma adequada em todos os atendimentos e práticas de gestão; nesta pesquisa, foi evidenciado por familiares e profissionais de saúde que apontaram a importância de uma boa comunicação em Terapia Intensiva, bem como interações não verbais, como um toque ou um sorriso (DIAS, 2017).

A comunicação deve ir além das palavras e das informações, pois as pessoas que estão internadas perdem a privacidade, expor seus corpos, restritos e suscetíveis na cama e, nesse momento, a comunicação se dá, também, por meio de seus corpos. Além do mais, conhecer os elementos que conformam o processo de comunicação entre os interlocutores, bem como os aspectos negativos e positivos interferência para ter uma relação concreta e sólida, é um requisito fundamental para prestar uma assistência humanizada. É incontestável a importância de uma comunicação consistente, capaz de

promover o bem-estar de todos os envolvidos. Isso pode ser percebido quando os assuntos abordados beneficiam e malefícios que a comunicação pode oferecer, caso seja não é adequado, eficaz, respeitoso e sincero (BARBOSA, 2017).

No que diz respeito ao profissionalismo ético e sensato, os serviços de saúde devem estar preparados para enfrentar as situações específicas de cada um, disponibilizando recursos para experiências diversas, que, mesmo que pareçam incomuns, são peculiares e importantes para aqueles que os experimentam. Portanto, em sua formulação e desenvolvimento, as melhores práticas de saúde incluem fundamentos teóricos (evidências científicas), compreensão do ambiente, todo o contexto dos pacientes, crenças, valores e princípios éticos de quem constrói e de quem se beneficia de ações e serviços (SILVA, 2021).

A percepção sobre humanização é entendida como ideias subjetivas, originado de sensações e estímulos externos direcionados ao sistema nervoso central, dando ao ser humano a capacidade de se associar informações com a memória, formando conceitos e comportamentos (SILVA, 2021).

O que podemos afirmar é que o PNH do Ministério da Saúde existe para tentar garantir que os profissionais de saúde atendam aos usuários e também são tratados da melhor forma possível, com “humanização” recursos por meio de uma série de recomendações, preceitos e sugestões para implementar a humanização (SILVA, 2021).

Aprendendo a respeitar a diversidade cultural, religiosa e de crenças é uma atitude humanizada como bem isso deve estar presente diariamente no processo de saúde.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A habilidade técnica associada a uma escuta ativa associada a comunicação efetiva favorece aos pais/familiares a diminuição dos anseios externados por eles, a comunicação é um dos fatores principais da humanização. Destacamos que a equipe de enfermagem possui o papel singular no envolvimento dos recém-nascidos, pais/familiares, sendo o elo essencial entre este binômio.

A separação precoce devido à hospitalização do RN causa profundo sofrimento e estresse aos pais e parentes, gerando incerteza e medo sobre o destino da criança. O principal objetivo do UTIN é aumentar a sobrevivência de recém-nascidos através do uso de equipamentos avançados e humanos recursos capazes de oferecer cuidados continuados e especializados. A equipe de enfermagem atende a requisitos necessários ao cuidado do recém-nascido, sendo capaz de humanizar o meio ambiente e proporcionar segurança e tranquilidade aos pais e familiares.

Com base na literatura analisada, conclui-se que o cuidado humanizado proporciona inúmeras vantagens aos agentes envolvidos no tratamento do RN, beneficia a interação entre a mãe, RN, família e equipe e, assim, potencializa o desenvolvimento físico e cognitivo

do paciente.

A atuação da enfermagem na UTIN humaniza o cuidado ao recém-nascido e família, por agregar um conjunto de ações relacionadas ao acolhimento às famílias; respeito às singularidades do recém-nascido, com atendimento individualizado; compartilhamento de informações claras e objetivas; estimulação de participação dos pais nos cuidados, favorecendo o vínculo afetivo entre família, mãe e recém-nascido, sendo a equipe de enfermagem que medeia esse processo.

O cuidado humanizado, portanto, visa oferecer bem-estar ao recém-nascido e família traduzido em um ambiente cada vez mais silencioso, convergindo para a redução do estresse e sofrimento e promovendo maior conforto e apoio aos envolvidos.

O comprometimento da equipe de enfermagem em prestar o cuidado mais qualificado e humanizado, buscando para superar as barreiras inconscientes criadas pelos pais, ou o despreparo de alguns profissionais no enfrentamento das demandas emocionais demandadas na UTIN, buscando estabelecer a sobrevivência, a recuperação, é o desenvolvimento notório e saudável dos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

ASCHNER, J. L. et al. O escopo e a organização da neonatologia: comparações globais e norte-americanas. In: MACDONALD, M.; SESHIA, M. M. K. Avery **neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARBOSA, V. M. Teamwork in the neonatal intensive care United. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, v. 33, n. 1, 2013. BOFF, L. **Ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2017.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: ANVISA, 2008. 160 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru, manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de alimentação e nutrição, área técnica de alimentação e nutrição, Brasília, 2002.

BRASIL. Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Sub-Chefia para Assuntos Jurídicos. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre nascidos vivos. Indicadores de dados básicos (IDB). Brasília: Datasus, 2012. Disponível em: . Acesso em: 16 abr. 2015.

DIAS, M. S.; RIBEIRO, S. N. S.; WALT, Faria, C. M. R.; CABRAL, L. A. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo modelo. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 6, n. 1, 2016. Revista NBC - Belo Horizonte – vol. 9, nº 18, dezembro de 2019. 120

GIORDANI, A. T. Humanização da saúde e do cuidado. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, supl. 1, p. 192- 207, 2014.

MARTIN, G. I. et al. Concepção da unidade de terapia intensiva neonatal: considerações práticas e científicas. In: MACDONALD, M.; SESHIA, M. M. K. Avery neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

OLIVEIRA, E. B. de et al. Fatores de risco psicossocial em terapia intensiva neonatal: repercussões para a saúde do enfermeiro. Revista de Enfermagem UERJ, v. 21, n. 4, p. 490- 495, 2013.

SILVA, L. J. da et al. Metodologia Mãe-Canguru. In: CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. (Orgs.). Amamentação: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SILVA, Robson Alves Da. **Programas De Atenção À Criança Na Atenção Básica, Uma Perspectiva De Enfermagem.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 04, Vol. 13, pp. 119-135. Abril de 2021. I

SOARES, Larissa Gramazio; SOARES, Letícia Gramazio; DECESARO, Maria das Neves; SOARES, Luana da Silva; HIGARASHO, Ieda Harumi. Percepção das famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal durante um processo de intervenção. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), v. 11, n. 1, 2019.

SOUZA, A. B. G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo: Atheneu, 2017. Revista NBC - Belo Horizonte – vol. 9, nº 18, dezembro de 2019. 122

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CAPÍTULO 5

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL: FATORES INFLUENCIADORES DO DESMAME PRECOCE

Data de aceite: 01/02/2022

Alessandra Sodré Alves

<http://lattes.cnpq.br/2504246211317932>

Ana Beatriz Alves

<http://lattes.cnpq.br/6188726287967728>

Jéssica Mouzinho de Pinho

<http://lattes.cnpq.br/2971853156942396>

Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/2287233991982944>

Suely Lopes de Azevedo

<http://lattes.cnpq.br/7037419220753161>

Cláudio José de Souza

<http://lattes.cnpq.br/5407974351853735>

Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta

<http://lattes.cnpq.br/7216487212288804>

André Ribeiro da Silva

<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

Herica Felix de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/9976109693678804>

Debora Rangel Moreira

<http://lattes.cnpq.br/3197084857782001>

RESUMO: O aleitamento materno traz benefícios tanto para a mãe, quanto para o bebê, além de promover o vínculo entre o binômio. Após o nascimento, a preparação da mãe para o ato de amamentar é posta à prova, podendo desencadear situações que podem levar ao

desmame precoce, que apresenta diversos fatores predisponentes, como o uso de objetos e alimentos artificiais, leite industrializado, pega incorreta, falta de acompanhamento profissional, dentre outros. O desmame precoce ainda é um problema que requer atenção das equipes multiprofissionais, em especial a enfermagem. Para tanto, o objetivo deste trabalho é identificar na literatura científica os principais fatores influenciadores do desmame precoce e o papel do enfermeiro nesse processo. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada entre os meses de agosto a outubro de 2021, nas bases de dados SciELO, PubMed e no portal da BVS, utilizando-se as palavras-chaves: “Amamentação”, “Desmame precoce”, “Papel do enfermeiro” e “Enfermagem materno-infantil”, com uso do operador booleano AND. Os critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra em português, espanhol e inglês, que correspondessem ao objetivo do estudo, no recorte temporal de 2010 a 2021. Os de exclusão: dissertações, teses e outros estudos, fora do recorte temporal e artigos não disponíveis na íntegra. Foram identificados 104 artigos e destes 13 compuseram a amostra do presente estudo. Assim, o aleitamento materno precisa de prática para ser realizado e não depende somente da mãe, é necessário apoio familiar e dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, que possui meios e estratégias eficazes para assistir a mulher, promovendo e incentivando a manutenção do aleitamento materno, visando à redução do desmame precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno;

NURSES' PERFORMANCE IN MATERNAL-CHILD CARE: INFLUENCING FACTORS OF EARLY WEANING

ABSTRACT: Breastfeeding benefits both the mother and the baby, in addition to promoting the bond between the binomial. After birth, the mother's preparation for the act of breastfeeding is put to the test, which can trigger situations that can lead to early weaning, which has several predisposing factors, such as the use of artificial objects and foods, industrialized milk, incorrect latching, lack of professional follow-up, among others. Early weaning is still a problem that requires attention from multidisciplinary teams, especially nursing. Therefore, the objective of this work is to identify in the scientific literature the main factors influencing early weaning and the role of nurses in this process. This is an integrative literature review. The search was carried out between August and October 2021, in the SciELO, PubMed and VHL portal databases, using the keywords: "Breastfeeding", "Early weaning", "Nurse's role" and "Mother-infant nursing", using the Boolean operator AND. Inclusion criteria: articles published in full in Portuguese, Spanish and English, which correspond to the objective of the study, in the time frame from 2010 to 2021. Exclusion criteria: dissertations, theses and other studies, outside the time frame and articles not available in full. A total of 104 articles were identified and of these 13 made up the sample of the present study. Thus, breastfeeding needs practice to be carried out and does not depend only on the mother, it is necessary to support family and health professionals, especially nurses, who have effective means and strategies to assist women, promoting and encouraging the maintenance of breastfeeding. mother, aiming to reduce early weaning.

KEYWORDS: Breastfeeding; Early weaning, Role of the nurse; Maternal and child nursing.

INTRODUÇÃO

De acordo com Ministério da Saúde (MS), o ato de amamentar é muito mais do que promover a nutrição da criança. A amamentação é um processo que envolve uma interação profunda entre o binômio mãe-filho. Tal prática traz resultados benéficos no estado nutricional e imunológico, na fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Para a mãe previne contra o câncer de útero e o de mama, além de diminuir os sangramentos no pós-parto. O Aleitamento Materno (AM) tem repercussões a curto, médio e longo prazos e os seus benefícios favorecem ambas as partes. Vale ressaltar a diferença entre os termos amamentação e AM, no primeiro a mulher oferece o seio diretamente à criança, e no segundo corresponde a outras formas de expressar o leite, que pode ser oferecido ao bebê, por meio de copinho ou de uma colher (BRASIL, 2015).

A recomendação do MS é que o AM seja feito até o sexto mês de vida, de forma exclusiva, ou seja, sem a necessidade de ofertar água, chás, sucos ou outros alimentos à criança, diminuindo assim o risco de morbimortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora ao afirmar que para o recém-nascido (RN) o leite materno deve ser a principal e única fonte de alimento nos primeiros seis meses de vida. Após este período,

poderão ser introduzidos outros alimentos, e complementar com o leite materno até os dois anos ou mais de idade (BRASIL, 2018).

Por conseguinte, o período de adaptação após o nascimento é um momento de descobertas tanto para a mãe quanto para o bebê. São nesses primeiros instantes que a preparação da mãe é posta à prova, além de ser também imputada responsabilidade à equipe de saúde, pelo dever de fornecer orientações sobre o processo do AM durante o período da gravidez, bem como no pós-parto. No entanto, mesmo tendo sido orientada, ainda assim, a mãe pode apresentar dificuldades que pode acarretar no desmame precoce (Brasil, 2018).

Nessa perspectiva, o desmame precoce é um problema que apresenta diversos fatores predisponentes, tais como: o uso de mamadeiras e chupetas, a ingestão do leite industrializado, a volta da mãe para o mercado de trabalho e as influências de terceiros opinando sobre o modo da amamentação. Por isso, requer a atenção das equipes multiprofissionais de saúde, em especial a enfermagem, que possui conhecimento técnico, e pode acompanhar a mulher e a criança tanto no início da gestação, como em todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o Brasil atento à importância do tema para a saúde pública, desde a década de 1970 vem implementando iniciativas, programas, políticas públicas e legislações para promover, apoiar e proteger o AM. Tais iniciativas correspondem ao Programa Nacional de Aleitamento Materno (PANAM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e as legislações que regulam as propagandas de alimentos para lactentes e garantem o direito à amamentação para a mulheres trabalhadoras, como por exemplo, a licença maternidade (BRASIL, 2018).

Entretanto, o desmame precoce ainda é uma realidade e ocorre por diversos fatores: falta de apoio familiar, educação e instrução precárias, dificuldades financeiras e a necessidade de retorno da mulher ao mercado de trabalho. Essas dificuldades resultam em estatísticas negativas que impedem a continuidade do AM. Nesse sentido, a assistência de enfermagem é uma das principais ferramentas, a fim de impedir o avanço dessa realidade, uma vez que é por meio desse profissional que a mulher pode receber informações e orientações importantes e atuais sobre como realizar o AM de maneira saudável e eficaz (EUZÉBIO et al., 2017).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é identificar na literatura científica os principais fatores influenciadores do desmame precoce e o papel do enfermeiro nesse processo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de Revisão Integrativa (RI) da literatura. Para Sousa et al., (2017), a RI é um método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática. Tal estudo deve ser realizado em seis passos: a escolha do tema e constituição da questão norteadora; estabelecer os critérios de inclusão e exclusão; definir quais conteúdos podem ser extraídos dos artigos lidos; avaliação dos estudos selecionados; a interpretação dos dados; e por último a síntese do conhecimento adquirido.

Desse modo, seguindo o primeiro passo proposto por Sousa et al., (2017) foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais os fatores influenciadores da ocorrência do desmame precoce identificados na literatura e qual a importância da assistência de enfermagem materno-infantil na sua prevenção?

A busca de evidências na literatura científica ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2021, nas bases de dados Brasil Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed e no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Neste processo foram utilizados os descritores: “Amamentação”, “Desmame precoce”, “Papel do enfermeiro” e “Enfermagem materno-infantil”, com uso do operador booleano AND.

Assim, foram definidos como critérios de inclusão: os artigos publicados na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês, que correspondessem ao objetivo do estudo, no recorte temporal de 2010 a 2021. E como critérios de exclusão: dissertações, teses e outros estudos, fora do recorte temporal, bem como da temática, os artigos que não estavam disponíveis na íntegra e sem acesso livre.

Dessa maneira, foram encontrados 104 artigos publicados, no entanto, foram excluídos 91 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, por meio da leitura dos títulos e resumos dos artigos. Assim, após a leitura dos textos na íntegra, foram selecionados 13 artigos que compuseram a amostra final do estudo. Os resultados da busca são mostrados na Figura 1. Por fim, a análise e a interpretação dos dados foram fundamentadas de acordo com os resultados da avaliação criteriosa dos artigos selecionados.

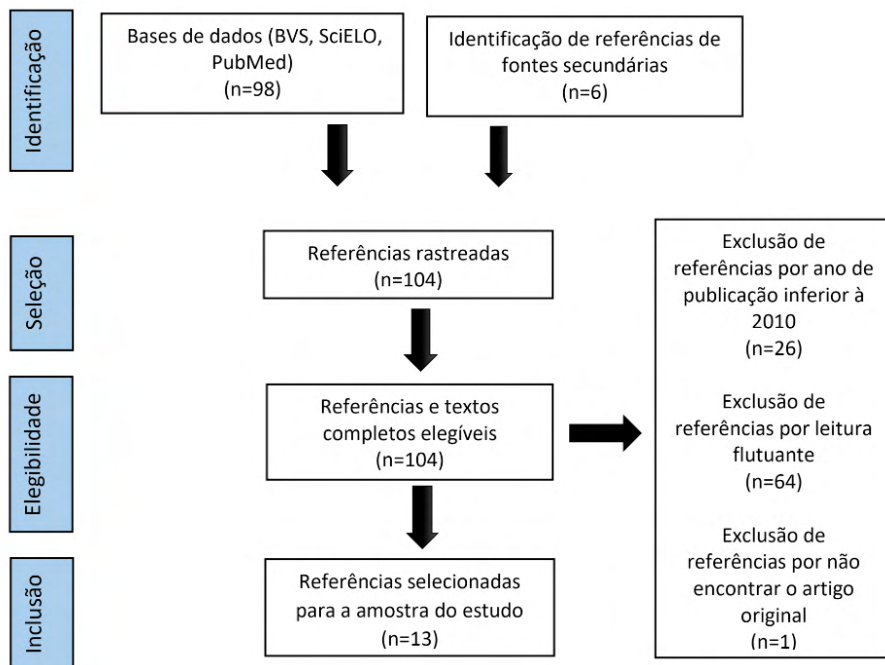


Figura 1. Fluxograma dos artigos encontrados na busca.

Fonte: Autores (2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente estudo foram selecionados 13 artigos para a fundamentação da discussão, como mostra o Quadro 1, onde foram destacados dos estudos primários: o autor/ano, o título e o objetivo.

Ordem	Autor/Ano	Título	Objetivo
A1	Brasileiro et al., (2010)	Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais.	Investigar se mães trabalhadoras formais, participantes de um programa de incentivo ao aleitamento materno, mantêm a amamentação por mais tempo do que mães que não têm este apoio após o retorno ao trabalho.
A2	Oliveira et al., (2013)	Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil.	Determinar a duração do aleitamento materno e verificar os fatores associados ao aleitamento exclusivo/predominante (AMEP), em crianças menores de dois anos de idade.
A3	Rodrigues et al.; (2013)	A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno no copinho ao recém-nascido: revisão integrativa.	Descrever a atuação do enfermeiro junto à equipe de enfermagem e a nutriz no incentivo ao uso da técnica do copinho para a alimentação do recém-nascido.
A4	Monteschio, Gaiva e Moreira (2015)	O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança.	Analisar a atuação do enfermeiro frente ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses de idade.

A5	Monteiro et al., (2016)	Influência da Licença-maternidade no aleitamento materno exclusivo.	Descrever perfil das mulheres com filhos menores de quatro meses residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal segundo situação de trabalho e analisar a influência da licença-maternidade sobre o aleitamento materno exclusivo entre as mulheres trabalhadoras
A6	Boccolini, C. L. et al., (2017)	Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas.	Atualizar a tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, incorporando informações mais recentes provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde.
A7	Euzébio et al., (2017)	Amamentação: dificuldades encontradas pelas mães que contribuem para o desmame precoce.	Identificar quais as principais dificuldades encontradas pelas mães na amamentação que podem contribuir no desmame precoce.
A8	Jesus, Oliveira e Moraes (2017)	Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas.	Analisar a associação entre a capacitação em aleitamento materno e os conhecimentos, as habilidades e as práticas de profissionais de saúde que atuam na assistência a gestantes, mães e bebês em hospitais.
A9	Ciampo, Ciampo (2018)	Amamentação e os benefícios da lactação para a saúde da mulher.	Evidenciar os múltiplos benefícios da amamentação para a saúde física e emocional da nutriz.
A10	Rocha et al., (2018)	Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática.	Avaliar as evidências científicas relacionadas à seguinte questão: “Mãe com mais confiança para amamentar consegue amamentar exclusivamente por seis meses?”
A11	Vieira et al., (2018)	Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte.	Avaliar a autoeficácia para amamentação, a presença de sintomas de depressão no período pós-parto e a associação entre autoeficácia na amamentação e depressão pós-parto, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo
A12	Lamounier et al., (2019)	Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil.	Descrever a experiência da trajetória dos 25 anos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil.
A13	Peres et al., (2021)	Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocio culturais relacionados com o aleitamento materno.	Compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocio culturais relacionados com o aleitamento materno.

Quadro 1. Caracterização dos estudos primários selecionados.

Fonte: Autores (2021).

Assim, após a análise dos dados encontrados nos estudos primários foi possível determinar o agrupamento e realizar a categorização em três unidades temáticas, a saber: *“A amamentação e seus benefícios para o binômio mãe-bebê”*, *“Fatores predisponentes para o desmame precoce”* e *“O papel do enfermeiro na prevenção do desmame precoce”*.

Amamentação e os seus benefícios para o binômio mãe-bebê

O Aleitamento Materno (AM) é reconhecidamente um dos fatores de diminuição da

morbimortalidade infantil. O MS em conformidade com as definições da OMS determina os tipos de AM. O aleitamento materno exclusivo (AME) é aquele no qual a única fonte de alimento dos bebês até os seis meses é o leite materno. O aleitamento materno predominante (AMP) é quando, além do leite humano, é também oferecido outros líquidos (água, chás, infusões, sucos de fruta). Cabe ressaltar que o AM ocorre quando o leite materno é usado como alimento, independentemente do uso ou não de outras fontes de nutrição. Enquanto que o aleitamento materno complementado (AMC) são utilizadas outras fontes de alimento (sólidos ou semissólidos) como um complemento ao leite humano, sem a intenção de substituí-lo. E por fim, o aleitamento materno misto ou parcial (AMMP) que ocorre quando também são usados outros tipos de leite além do produzido pela nutriz (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; BRASIL, 2015).

A amamentação, principalmente no AME, traz benefícios para a saúde da mulher, além da proteção contra o câncer de útero e de mama, ele reduz o tempo de involução do útero e retorno do peso pré-gestacional. À medida em que vai ocorrendo a amamentação, a mulher perde calorias por não consumir na sua alimentação a quantidade necessária para si, e para o alimento do lactante, fazendo com que o organismo retire as reservas para compor o leite. Ocorre o controle do perfil lipídico ao reduzir os níveis de colesterol e triglicerídeos, protegendo contra a doença coronariana. A amamentação também diminui o risco de depressão pós-parto, ajuda no planejamento familiar na medida em que evita nova gravidez, desde que seja AME ou AMC, enquanto não ocorrer a menstruação (CIAMPO E CIAMPO, 2018).

Para o RN os ganhos do AM são dose-dependentes, visto que quanto maior for o tempo de alimentação, maior e mais prolongado serão os seus benefícios, que se estendem até a vida adulta, os quais não estão ligados apenas ao alimento, mas ao processo de sucção necessário para a ingestão do leite. Durante a amamentação o RN realiza movimentos de sucção para retirar o leite da mama, esse processo é imprescindível e requer um esforço físico necessário ao desenvolvimento do sistema estomatognático, tal qual os seus componentes como os ossos, articulações, músculos da face, lábios, língua e os dentes, que após o processo de maturação, posteriormente desenvolverão suas funções como a mastigação, deglutição, fonação e respiração de forma correta. Durante a amamentação ocorre também a respiração nasal, que precisa ser articulada com a sucção, reduzindo assim os riscos de má-oclusões dentárias e retrognatismo mandibular (BRAGA, GONÇALVES E AUGUSTO, 2020).

Nessa perspectiva, os ganhos também se dão no metabolismo, é o que mostra um estudo de Morouzes, Lisage e Eberlé (2019) sobre a existência do fator de programação metabólica, a qual vai ocorrer ainda no período pós-natal, que os autores definem como uma janela crítica, ou seja, momento em que o organismo do lactante ainda precisa sofrer transformações para que aconteça a sua maturação completa. Por isso, o leite materno tem fundamental papel nesse cenário, na medida em que fornece os nutrientes necessários

ao correto programa metabólico. Se o leite humano for ofertado de forma adequada, a maturação de estruturas como o hipotálamo, que tem função de controlar o apetite e o desejo por comida, pode promover uma proteção contra a obesidade.

Outrossim, os efeitos metabólicos para a programação da imunidade da criança, que vai receber de sua mãe os compostos para a parte inata e específica desse sistema, transmitindo toda a memória imunológica que foi estabelecida ao longo dos anos de vida dela, sendo de grande importância na redução dos riscos a infecções, em especial as respiratórias, que é grande fonte de preocupação para as mães e para a saúde pública. O desenvolvimento do quociente de inteligência, personalidade, controle emocional e sociabilidade também terão um progresso adequado por duas razões, pela parte nutritiva (principalmente os ácidos graxos) e pela formação do vínculo, o contato pele a pele é primordial, na medida que vai aprofundar a conexão do binômio mãe-bebê (LAMOUNIER et al., 2019).

Fatores predisponentes para o desmame precoce

O AM no pós-parto gera muitas dúvidas e aflições, por se tratar de um momento de grandes adaptações. O conhecimento da mulher sobre o assunto associado ao acompanhamento profissional é o que fará que a prática e a manutenção do AM tenham sucesso. As lesões mamilares (fissuras, rachaduras, mastites) são as intercorrências mais retratadas na literatura e que funcionam como fator que predispõem ao desmame precoce. Isto ocorre devido a pega inadequada do bebê ao seio. A ação de abocanhar somente o mamilo causa dor e estresse para a nutriz, além de não estimular a produção e a ejeção do leite, o que para bebê causa um esforço grande, sem a compensação do alimento, e consequentemente, leva a perda de peso (BRASIL, 2015).

Desse modo, estudos de Peres et al., (2021) e Euzébio et al., (2017) apontam que saber posicionar corretamente o lactente ao seio para que possa realizar a sucção de forma eficaz é necessário. Por esse motivo é importante observar os sinais de que o posicionamento do bebê foi efetuado com êxito. A barriga do bebê deve estar voltada para a da mãe, o pescoço levemente estendido e o nariz na altura do mamilo. Desse modo ao abocanhar a aréola, que deve ficar mais visível a parte superior do que a inferior, formará um lacre perfeito evitando desperdício do leite. Os lábios ficam para fora formando o que chamamos de “boca de peixe”, e o queixo fica apoiado na mama.

Estudo de Monteschio, Gaíva e Moreira (2015), evidencia outro fator como forte indicador de risco para o desmame, a interpretação das mães de que o próprio leite é fraco e que, portanto, não sustenta e, por isso, tendem a complementar a alimentação precocemente. É importante destacar ser normal que a criança em AME tenha fome mais vezes, sendo comum a amamentação de 8-12 vezes ao dia, e que chorem sempre que sentem a necessidade de se alimentarem. Muitas mães, por pressão interna ou de pessoas ao seu redor, compreendem esses sinais como consequência de que o leite é insuficiente.

De acordo com Brasil (2015), o uso constante de chupetas e mamadeiras também podem contribuir para o desmame precoce, uma vez que afetam o processo de produção do leite, uma vez que depende da estimulação mecânica do bebê, por meio da sucção. Dessa maneira, a hipófise anterior estimula a secreção de prolactina, hormônio que induz a formação do leite, este só terá o seu reflexo de ejeção, pela presença de outro hormônio responsável por esta função, a ocitocina, a qual terá o mesmo estímulo, mas dessa vez pela hipófise posterior. Por essa dependência dos hormônios torna-se muito importante o esvaziamento completo da mama durante as mamadas, pois no leite produzido tem substâncias (peptídeos) que inibem uma nova fabricação, sendo necessário que a criança retire todo o leite da mama.

Além disso, estudos de Oliveira et al., (2013), Brasil (2015), Monteschio, Gaíva e Moreira, 2015, Euzébio et al., (2017) e Peres et al, (2021) apontam os malefícios da utilização de mamadeiras e chupetas, por serem promotores de malformações da cavidade oral, transmissores de patógenos, e principalmente por serem um obstáculo para o AM, em virtude da confusão de bicos. Isso acontece quando a criança se acostuma com o baixo esforço necessário ao utilizar esses utensílios e ao retornar ao seio da mãe apresenta dificuldade, por não conseguir exercer o mesmo esforço mecânico, sendo obrigada a realizar com uma energia maior.

Outro fator que induz o desmame precoce são os alimentos artificiais, em especial o leite de vaca. O leite animal é comprovadamente insuficiente para nutrir a criança, por ter em sua composição proteínas que causam uma série de efeitos prejudiciais, dentre os quais a alergia é um dos mais reconhecidos e fundamentados na literatura científica. A alternativa seriam as fórmulas infantis, muito recomendadas por médicos, para suprir a carência quando não há disponibilidade do leite materno. No entanto, o custo dessas fórmulas está muito aquém das condições financeiras para a maior parte dos brasileiros. Por isso é importante que os profissionais, durante as consultas, informem sobre oportunidades de inscrição em programas que forneçam leite humano gratuitamente (PERES et al., 2021; BRASIL, 2015; RODRIGUEZ et al., 2013).

Outrossim, a necessidade da mãe de voltar ao mercado de trabalho mostrou-se um imenso empecilho para a manutenção do AME até os seis meses, visto que a medida em que vai se aproximando o momento do retorno ao emprego, muitas mulheres se sentem pressionadas psicologicamente a interromper o AM. Desse modo, o estresse e a ansiedade podem afetar a produção do leite, desencadeando o desmame precoce. Ademais, conforme vai exercendo o papel de mãe, dona de casa e trabalhadora a rotina torna-se exaustiva, ocasionando na escolha de formas mais práticas e menos desgastantes de alimentar a criança fazendo com que AME seja difícil de ser mantido (MONTEIRO et al., 2017; MONTESCHIO, GÁIVA E MOREIRA, 2015).

Isto posto, ainda existem outros fatores condicionantes do desmame precoce, tais como: as primíparas, pela falta de experiência anterior; insegurança materna; grau de

escolaridade no qual verificou-se quanto menor, maior são as chances de interrupção do AM; falta de acompanhamento profissional, entre outros. Em contrapartida, a autoconfiança materna foi expressa como um indicador para o sucesso do AM, em virtude da disposição que sente no enfrentamento das dificuldades que a maternidade demanda (ROCHA et al., 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; OLIVEIRA et al., 2013).

O papel do enfermeiro na prevenção do desmame precoce

Dentre as políticas públicas implementadas pelo governo, com o objetivo de alcançar melhores resultados nos indicadores do AM, assim como na qualidade da assistência, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma das que se destaca. A IHAC define “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” que é composto por metas que incluem os cinco atores dessa temática: o governo, que deve criar políticas que incentive, apoie e proteja o AM; a instituição de saúde, que deve passar por um processo de acreditação; os profissionais de saúde que devem receber capacitação, a fim de atualizarem conhecimentos e habilidades; e, a mãe e o bebê. Tudo isso com a intenção de estabelecer ações que preservem o direito da mulher e da criança, de modo que o AM seja realizado de forma adequada, garantindo a continuidade da prática com sucesso (LAMOUNIER et al., 2019; BRASIL, 2009).

Nesse sentido, estudos de Lamounier et al., (2019) e Jesus, Oliveira e Moraes (2017) apontam que os profissionais de saúde são imprescindíveis para o sucesso do AM. Os agentes tiveram associação positiva quanto aos seus conhecimentos e habilidades sobre a prática, e a forma correta de fornecer orientações aos clientes no manejo do AM, principalmente os que já haviam tido algum tipo de capacitação. Outro fator relevante é que dentre os trabalhadores da saúde, a enfermagem mostrou-se mais disponível em participar de treinamentos, bem como apresentaram maior capacidade (conhecimentos, habilidades e práticas) nos desfechos analisados sobre o tema, em comparação com outras especialidades.

Desse modo, o conteúdo das orientações a serem informadas durante as consultas devem envolver as dúvidas mais comuns nos primeiros dias pós-natal, como a pega correta, o posicionamento corporal da mãe e do bebê, bem como a quantidade e a qualidade das mamadas. Quanto às questões relacionadas ao comportamento do RN, como o choro e a adaptação à vida extrauterina, deve ser esclarecido o que é considerado normal e o que deve ser entendido como sinal de preocupação. Além disso, deve ser explicado os principais fatores que dificultam o manejo do AM, bem como o que deve ser evitado (chupetas e mamadeiras). Com relação à alimentação complementar, deve ser informado quando deverá ser iniciada, assim como a maneira correta (Brasil, 2015).

Assim, a forma recomendada de transmitir todas as informações é por meio de aconselhamento. Dessa maneira, o estabelecimento do diálogo entre o profissional de saúde e a mulher é no sentido de ajudar no processo de tomada de decisão, sem querer

impor nada. O objetivo é ouvir a paciente e entender seus anseios, suas preocupações e suas dificuldades em lidar com as demandas da maternidade, em especial o AM, sem fazer qualquer juízo sobre o que é contado. Para isso, a confiança no agente de saúde é importante, uma vez que facilita a aceitação e a adesão das orientações difundidas e que precisam estar em consonância com o momento vivido pela mãe. A quantidade de assuntos abordados em cada consulta também deve ser levada em consideração, a fim de não causar uma sobrecarga de informações, que pode gerar mais confusão do que esclarecimento (BRASIL, 2015).

Ademais, é papel do enfermeiro, e de todos profissionais que atuam na área materno-infantil transferir todo o seu conhecimento sobre AM, levando em consideração os fatores que influenciam a mulher, o seu imaginário e a sua concepção de crenças concebidos tanto pela sua experiência empírica, como pelas pessoas que a cercam. Do mesmo modo, ao assistir o binômio mãe-bebê, o profissional deve inserir também a família, a fim de esclarecer as dúvidas de todos. Além disso, deve estar disposto a ouvir e informar de maneira educativa, evitando condutas que poderão prejudicar a continuidade do AM (PERES et al., 2021; EUZÉBIO et al., 2017).

Nessa perspectiva, a função do enfermeiro é atuar na prevenção do desmame precoce, tratando dos fatores que podem levar à interrupção do AM. Tal profissional, deve promover uma assistência sensível e integrada à realidade da mulher, que ao abranja também os fatores biopsicossocioculturais. Assim, ao prestar uma assistência individualizada voltada para mãe, bebê e família, o enfermeiro, emprega o seu conhecimento técnico-científico adequando sua linguagem de tal forma que a comunicação seja precisa, clara e objetiva. Ademais, é preciso destacar a importância da escuta ativa, visando a promoção do empoderamento da mulher colocando-a no lugar de protagonismo (PERES et al., 2021; BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática do AM requer habilidades para ser realizado e não depende somente da mãe, são necessários apoio familiar, bem como do profissional de enfermagem. O enfermeiro deve ter atenção quanto à forma e a qualidade na transmissão das informações, e principalmente, entender o momento que a nutriz está vivendo. Dessa maneira, terá a sensibilidade e a percepção de quando será oportuno dizer, na forma de aconselhamento, tudo o que se refere ao manejo do AM. É importante evitar exagero nos assuntos abordados e explorar, da melhor forma possível, os fatores que influenciam na tomada de decisão, de modo a prevenir o desmame precoce.

Destarte, as instituições de saúde devem organizar os serviços de educação permanente, de modo a promover treinamentos, capacitações e palestras, afim de que de que seus profissionais se qualifiquem e exerçam suas atividades com maior qualidade.

É relevante também que as orientações transmitidas aos clientes estejam de acordo com os demais membros da equipe multiprofissional, formando um consenso entre todos os integrantes.

Por fim, as autoridades em saúde poderiam desenvolver ações e estratégias mais efetivas referentes ao AM, como por exemplo, a elaboração de campanhas e matérias que alcancem o público leigo, visto que o nível de informação das mães sobre o assunto foi um fator protetor do AM. Desse modo, seria proveitoso utilizar as redes sociais como uma fonte de propagação de informação, uma vez que muitas mulheres estão mais presentes no meio digital. Além disso, a criação de grupos de apoio para troca de experiências entre as mulheres, tanto gestantes como puérperas seria pertinente, uma vez que permite que se sintam como parte de uma comunidade, encorajando-as para lidar com as dificuldades provocadas pela maternidade.

REFERÊNCIAS

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, n. 108, p. 1-9. 2017. DOI: 10.11606 / S1518-8787.2017051000029.

BRAGA, Milayde Serra; GONÇALVES, Monique da Silva; AUGUSTO, Carolina Rocha. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. **Braz. J. of Develop.** Curitiba, v. 6, n. 9, p.70250-70260, set. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n9-468.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, DF: MS, 2009.

BRASIL. **Ministério da saúde**. PNAISC: orientações para implementação. Brasília, DF: MS; 2018.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília, DF: MS. 2015.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, set. 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000900004.

CIAMPO, Luiz Antonio del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes Del. Amamentação e os benefícios da lactação para a saúde da mulher. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 6. p. 354–359. 2018. DOI: 10.1055 / s-0038-1657766.

EUZÉBIO, Bruna Lemos et al. Amamentação: dificuldades encontradas pelas mães que contribuem para o desmame precoce. **Boletim de Saúde**. v. 2, p. 83-90, jul /dez. 2017.

JESUS, Patricia Carvalho de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311-320. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.17292015.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493. 2019. DOI: 10.1590 / 1984-0462 /; 2019; 37; 4; 00004.

MONTEIRO, Fernanda R et al. Influência da Licença-maternidade no aleitamento materno exclusivo. **Jornal de pediatria**, v. 93, e. 5, p. 475-481, set-out. 2017. DOI: 10.1016/j.jpmed.2016.11.016.

MONTESCHIO, Caroline Aparecida Coutinho; GÁVIA, Maria Aparecida Munhoz; MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 869-875, set-out. 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680515i.

MOROUSEZ, Lucie; LISAGE, Jean; EBERLÉ, Delphine. Epigenetics: Linking Early Postnatal Nutrition to Obesity Programming? **Nutrients**, v. 11. n. 12, dez. 2019. DOI: 10.3390 / nu11122966.

OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias Aquino de et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 178-189, mar. 2013. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000100017.

PERES, Janaine Fragnan et al. Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o aleitamento materno. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 141-151, jan-mar. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112811.

ROCHA, Isabela Silva et al. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 11, 2018. DOI:10.1590/1413-812320182311.20132016.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno no copinho ao recém-nascido: revisão integrativa. **Rev. de Enfermagem UFPE**. v. 7, n. 5, p. 1497-1507, mar. 2013. DOI: 10.5205/1981-8963-v7i5a11640p4119-4129-2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Amamentação: a base da vida. **Departamento Científico de Aleitamento Materno**, n. 6, ago. 2018.

SOUSA, Luís Manuel Mota de et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista de investigação em enfermagem**, v. 17, n. 21, serie 2, p. 17-26, nov. 2017.

VIEIRA, Erika de Sá et al. Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 26, e. 3035, set. 2018, DOI: 10.1590 / 1518-8345.2110.3035.

O MANEJO DA DOR EM QUEIMADURAS NO PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 08/11/2021

Maria Eduarda Serafim Crispim

Faculdade de Medicina Nova Esperança
João Pessoa - PB
<http://lattes.cnpq.br/1578779198894939>

Maria Carolina Libório Crispim

Faculdade de Medicina Nova Esperança
João Pessoa - PB
<http://lattes.cnpq.br/0691143395790968>

Juliana de Ávila Lins da Cunha Lima

Faculdade de Medicina Nova Esperança
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/1062311488535623>

Flaviana Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado

Faculdade de Medicina Nova Esperança
João Pessoa - PB
<http://lattes.cnpq.br/9755954399325595>

RESUMO: As internações hospitalares pediátricas anuais para tratamento de queimaduras variam em relação a diversos fatores e o processo de recuperação das feridas, limpeza, desbridamento e curativo são extremamente dolorosos e trazem sofrimento psicológico, podendo gerar ansiedade medo e angústia causados por estímulos ambientais e visuais. A redução da dor e da ansiedade auxiliam positivamente para a re-epitelização, trazendo um melhor desfecho da cicatriz e no tempo de recuperação

em pacientes queimados. Atualmente, os opioides são utilizados como a primeira linha para o tratamento da dor após a queimadura, porém com o seu manejo muito cuidadoso para os pacientes pediátricos. É primordial a comunicação, a reorientação contínua, permitindo que a criança se sinta mais segura e menos ansiosa. A abordagem farmacológica e não farmacológica na intervenção da dor, somando-se, têm seu importante benefício, como é o caso da hipnose e da sedoanalgésia com opióides. O Hidrogel também foi visto como importante auxiliar nesse processo, sendo um agente de resfriamento evaporativo eficaz. A dor é vivida de forma sensitiva e emocional como mecanismo de defesa, associada a um dano real, sendo considerada como um direito básico a não senti-la. Devido a isso, seu manejo adequado é importante para uma recuperação precoce e menor tempo de internação, ofertando uma melhor qualidade não só na cicatrização como também no bem-estar no momento atual da lesão e a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Pediátrico, Queimaduras, Dor.

MANAGEMENT OF BURNS PAIN IN PEDIATRIC PATIENT: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Annual pediatric hospital admissions for burns treatment vary in relation to several factors and the wound recovery process, cleaning, debridement and dressing are extremely painful and bring psychological suffering, which can generate anxiety, fear and anguish caused by environmental and visual

stimuli. The reduction of pain and anxiety positively helps with re-epithelialization, bringing a better outcome of the scar and recovery time in burn patients. Currently, opioids are used as the first line for pain management after burns, but with very careful management for pediatric patients. Communication is essential, continuous reorientation, allowing the child to feel safer and less anxious. In addition, pharmacological and non-pharmacological approaches to pain intervention have important benefits, as is the case with hypnosis and sedoanalgia with opioids. Hydrogel was also seen as an important aid in this process, being an effective evaporative cooling agent. Pain is experienced sensitively and emotionally as a defense mechanism, associated with real harm, being considered a basic right not to feel it. Because of this, its proper management is important for an early recovery and shorter hospital stay, offering better quality not only in healing but also in well-being at the moment of the injury and in the long term.

KEYWORDS: Pediatric, Burns, Pain.

INTRODUÇÃO

Os números mundiais de internações hospitalares pediátricas anuais para tratamento de queimaduras variam geograficamente em função do desenvolvimento social e econômico do local, de modo que locais com níveis mais baixos são relacionados com maior incidência de casos. Outra questão importante relativa ao tratamento das queimaduras se deve ao fato que muitas vezes o processo é doloroso, demorado e pode deixar marcas para sempre. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

As queimaduras e os procedimentos de tratamento de feridas associados, como a limpeza das feridas, desbridamento e curativo, são extremamente dolorosos para as crianças. Ademais, as queimaduras podem resultar em sofrimento psicológico grave, aumenta-se o risco de as crianças desenvolverem uma série de doenças mentais importantes, em particular o transtorno de estresse pós-traumático. (CHESTER, 2019).

Além disso, muitos pacientes indicam que os procedimentos de tratamento de feridas são tão dolorosos quanto a queimadura original (e, ocasionalmente, mais dolorosa), provocando intensa ansiedade antecipatória. Sendo assim, a experiência da dor é afetada pelo estado psicológico do paciente e pode ser potencializada pela ansiedade, medo e angústia causados por estímulos ambientais e visuais (SMALL, 2019).

A redução da dor e da ansiedade influencia positivamente as taxas de re-epitelização, como também o tempo, sendo um bom preditor do desfecho da cicatriz em pacientes com queimaduras. Isso valida ainda mais as tentativas de acelerar as taxas de re-epitelização. (HOLBERT, 2019). Segundo Grimsrud et al. (2019), atualmente os opióides são analgésicos de primeira linha essenciais para o tratamento da dor após queimaduras. Porém, a dosagem de opióides é desafiadora em pacientes infantis queimados, de maneira que farmacocinética dos opióides está alterada.

Nos dias atuais, a dor não é considerada um simples sintoma de doença e agora

é considerada uma questão básica de direitos humanos. Com isso, vale salientar que a criança tem o direito a não sentir dor, quando existem meios para evita-lá. Portanto, para obedecer ao direito que a criança tem de não sentir dor em seu atendimento, o presente estudo objetivou revisar as medidas alternativas para o manejo da dor em tais pacientes que podem ser usada de forma adjuvante a terapia medicamentosa ou como forma principal.

METODOLOGIA

O estudo presente trata - se de revisão integrativa, desenhada para identificar estudos que analisaram segurança e efetividade de tratamentos inovadores para o manejo dor em crianças queimadas. Para constituição da amostra, como critérios de elegibilidade foram incluídos: revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos, revisões bibliográficas. As buscas foram realizadas nas bases de dados Pubmed, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico por meio de dois autores independentes [M.C.L.C.] e [M. E. S. C.]. A busca foi realizada em outubro de 2021, utilizou-se os seguintes descritores em saúde: “burn”, “child”, “pain”. Foram realizados cruzamentos específicos para cada base de dados, sendo os operadores booleanos [AND], [OR]. Posteriormente foram adicionados trabalhos segundo a técnica de *snowballing*. Com isso, os autores realizaram a seleção por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que, foram para a seleção final os materiais que atenderam aos critérios de elegibilidade supracitados, todos os artigos foram lidos em inglês. Somam-se ainda dois artigos em literatura cinzenta, consultado por meio do portal da Sociedade Brasileira de Pediatria. As referências revisadas e incluídas nesta revisão foram analisadas com a finalidade de verificar a existência de potenciais estudos não identificados nas buscas às bases de dados eletrônicas selecionadas.

RESULTADOS

Foram selecionadas sete produções científicas para referência do objeto de estudo, as quais foram lidas e revisadas integralmente. Além de duas literaturas cinzentas. Como o tratamento de queimaduras está associado a dor e angústia, foi visto que para otimizar o controle da dor durante a fase aguda de uma queimadura pediátrica é fundamental não apenas para o resultado físico e estético da lesão, mas também para o bem-estar da criança no momento e a longo prazo. (HOLBERT, 2019). Sendo assim, foi revisado no presente artigo, diferentes técnicas que nos dias atuais são estudadas em nível global para manejo da dor em pacientes pediátricos.

Inicialmente, para redução da tensão, é primordial comunicação, a reorientação contínua. Do mesmo modo, a presença de familiares à beira do leito, fatores ambientais como redução de ruído, utilização de iluminação adequada para promover um ciclo sono - vigília adequado podem ser auxiliares. Esforços para normalizar a rotina do paciente

podem permitir que a criança se sinta mais segura e menos ansiosa. Intervenções não farmacológicas para reduzir o estresse, como música ao vivo ou gravada, foram estudadas em adultos, mas também fazem sentido para crianças. (FAGIN E PALMIERI, 2017).

Chester et al. (2016) ressaltou em seu estudo a intervenção não farmacológica no manejo da dor, referindo que a hipnose médica já recebeu suporte como uma técnica para diminuir efetivamente os níveis de dor e ansiedade em adultos submetidos a tratamento de feridas de queimadura e crianças durante uma variedade de procedimentos médicos dolorosos. A indução hipnótica é ajustada para a idade, compreensão e capacidade comunicativa do participante de acordo com o julgamento do médico. Este estudo usa duas induções hipnóticas: a indução de histórias favoritas (para crianças com menos de 7 anos) e a indução de lugar favorito (para crianças de 7 anos ou mais). Uma vez que o transe é alcançado, instruções metodológicas para hipnoanalgesia ou hipnoanestesia são fornecidas. Os resultados do estudo indicam que a hipnose médica é relacionada com melhor o desfecho em relação ao manejo da queimadura aguda em infantes. Todavia a Sociedade Brasileira de Pediatria ainda não tem posicionamento específico em relação à hipnose.

Segundo Eijlers (2019), a pesquisa em realidade virtual em pediatria tem como foco principal a distração. A meta-análise indicou que a técnica é eficaz para reduzir a dor e a ansiedade em pacientes pediátricos submetidos a uma ampla variedade de procedimentos médicos. Encontraram-se efeitos significativos para o tratamento de queimaduras. No entanto, são necessárias pesquisas adicionais. (EIJERS, 2019). Com tudo, no estudo de Small et al. (2015), uma análise do registro de triagem verificou que o recrutamento foi limitado pela natureza dos cuidados com queimaduras, com a aptidão dos pacientes internados em fornecer consentimento informado, em especial no primeiro atendimento. Além, da possível incapacidade dos pacientes de usar o equipamento da realidade virtual. Antes da introdução de novas tecnologias interativas para uso do paciente, as características e capacidades da população-alvo precisam ser avaliadas, para garantir que os dispositivos de interface e simulações sejam utilizáveis.

Para Fagin e Palmieri (2017), as intervenções não farmacológicas continuam a ter importância no cuidado da criança queimada, mas frequentemente são inadequadas para o tratamento completo da dor e da ansiedade. A escolha do agente sedativo depende da eficácia e do perfil de segurança do agente. Especificamente para pacientes queimados, deve-se considerar não apenas a idade do paciente, mas também a localização da queimadura, a profundidade da queimadura, a extensão da queimadura (percentagem). Deve ser administrada a menor dose de um medicamento com maior índice terapêutico para o procedimento. A seleção do menor número de medicamentos e a correspondência das características dos medicamentos com o tipo e objetivo do procedimento é essencial para a prática segura. Mais estudos precisam ser realizados para criar consenso para práticas de sedação pediátrica. As áreas que precisam de mais estudos incluem sistemas

de pontuação de sedação, técnicas para evitar tolerância e dependência, maneiras de minimizar a abstinência.

Em 2019, Grimsrud et al. (2019) foi o primeiro estudo a relatar a farmacocinética populacional de Fentanil em pacientes pediátricos queimados, caracterizando sua ampla variabilidade, uma vez que a dosagem de opioides, que é um potente analgésico no tratamento de queimaduras, é um desafio em pacientes queimados, principalmente em crianças, devido à imensa variabilidade de eficácia entre os pacientes. Por fim, teve como objetivo caracterizar a variabilidade na farmacocinética do fentanil e identificar contribuintes significativos para a variabilidade em crianças com $\geq 10\%$ da superfície corporal total de queimadura exigindo fentanil durante os cuidados de rotina de feridas. Este estudo confirmou a alta variabilidade em pediatria quanto a farmacocinética do fentanil do paciente pediátrico e demonstrou semelhanças e diferenças com outras populações relatadas na literatura. Contudo mais pesquisas são necessárias com um número maior de pacientes para investigar exaustivamente o impacto de queimaduras, polimorfismos genéticos e outros fatores na eficácia do fentanil e nos resultados dos pacientes.

Por fim, para Hollbert et al. (2019) dada relevância da redução da dor, é válido ampliar e diversificar táticas para seu manejo. Assim sendo, é hipotetizado que uma redução da dor com produtos de Hidrogel irá melhorar o tempo de reepitelização em comparação com o envoltório de plástico. Mesmo que os produtos de hidrogel sejam mais caros do que as coberturas para feridas agudas padrão atuais, são agentes de resfriamento evaporativo eficazes, razão pela qual esses curativos têm a hipótese de ter um efeito analgésico durante o tratamento de queimaduras agudas, e têm boa eficácia, apesar do estudo demonstrar diferenças entre as marcas oferecidas no mercado.

CONCLUSÃO

Diante do estudo foi possível ver a importante relação do paciente com o médico, visto que o tratamento em casos mais graves se torna mais doloroso e com um maior quadro de ansiedade, não só no paciente pediátrico, mas também para os pais que se tornam mais angustiados e com necessidade mais rápida de resolução do quadro, fazendo com que o processo cicatricial acabe por ser mais prolongado e interferindo na revitalização, é por isso que além de comunicação é importante a orientação e o cuidado continuado para minimizar os efeitos do processo.

A fim uma melhor resposta existem os tratamentos não farmacológicos que podem auxiliar nesse processo, como visto nos estudos, a hipnose médica demonstrou melhor desfecho no tratamento de queimaduras, auxiliando com a diminuição da dor. Entretanto, não serve como tratamento absoluto de forma isolada, necessitando do auxílio farmacológico, como sedativos opióides, levando em consideração todas as características da lesão e melhor segurança, tempo de ação e dose necessária. Ainda sendo necessários

estudos nessa área, afim de melhor sedativo a ser imposto. O Hidrogel também teve sua importância no tratamento diante da epitelização, diminuindo o tempo de resposta cicatricial.

Por fim, como visto, a dor é vivida de forma sensitiva e emocional como mecanismo de defesa, associada a um dano real. Seu manejo adequado é importante para uma recuperação precoce e menor tempo de internação, além de oferecer o direito básico da criança ou adolescente, ofertando uma melhor qualidade não só na cicatrização como também no bem-estar no momento atual da lesão e a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. CHESTER, S. *et al.* **Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial.** TRIALS. Vol. 17, 2016.
2. EIJLERS, R. *et al.* **Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety.** ANESTHESIA AND ANALGESIA. Vol. 129, 2019, p 1344-1353.
3. FA, CAMPOS Jr. D. **Tratado de Pediatria:** Sociedade Brasileira de Pediatria. 4a Ed. Editora Manole, 2017.
4. FAGIN, Alice; T. L. P; **Considerations for pediatric burn sedation and analgesia.** BURNS & TRAUMA . Vol. 5, 2017.
5. GRIMSRUD, K. N. *et al.* **Characterizing Fentanyl Variability Using Population Pharmacokinetics in Pediatric Burn Patients.** JOURNAL OF BURN CARE & RESEARCH: OFFICIAL PUBLICATION OF THE AMERICAN BURN ASSOCIATION. Vol. 41, 2020.
6. HOLBERT, M. D. *et al.* **Effectiveness of a hydrogel dressing as an analgesic adjunct to first aid for the treatment of acute paediatric thermal burn injuries: study protocol for a randomised controlled trial.** TRIALS. Vol. 20, 2019.
7. SMALL, C. *et al.* **Virtual restorative environment therapy as an adjunct to pain control during burn dressing changes: study protocol for a randomised controlled trial.** TRIALS. Vol. 16, 2015.
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Hipnose em criança é possível, ms médicos e psicólogos fazem ressalvas.** Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/hipnose-em-crianca-e-possivel-mas-medicos-e-psicologos-fazem-ressalvas/>. Acesso em: 8 nov. 2021
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Queimaduras.** Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/>. Acesso em: 8 nov. 2021

CARTÕES DA DOR: UMA POSSIBILIDADE DE COMUNICAÇÃO DOS ASPECTOS QUALITATIVOS DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA EM CRIANÇAS

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 26/10/2021

Clarissa Evelyn Bandeira Paulino

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife/PE
<http://orcid.org/0000-0002-9028-649X>

Láís de Fátima Fonseca de Menezes

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife/PE
<http://orcid.org/0000-0002-9370-4247>

Luciana Moraes Studart-Pereira

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife/PE
<http://orcid.org/0000-0003-0030-1463>

RESUMO: Introdução: A dor é um fenômeno complexo e multidimensional e, nas crianças, sua avaliação exige do profissional de saúde conhecimento dos instrumentos mais adequados de acordo com a etapa do desenvolvimento infantil. Nesse contexto o Questionário de dor McGill possibilita a avaliação da manifestação dolorosa pela queixa espontânea da dor, por meio de um conjunto de palavras (descritores) que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosas a partir da descrição verbal. **Objetivo:** Elaborar cartões que representem os descritores de dor do questionário de McGill. **Método:** Estudo quantitativo transversal e experimental. Foram confeccionados cartões a partir de imagens extraídas de ideias gráficas representativas dos descritores do Questionário McGill expressas por

crianças e apresentadas a uma população de 40 voluntários de ambos os sexos com média de idade de 5,6 anos. **Resultados:** Os resultados mostram significância para a maioria dos cartões que representam os descritores de dor, exceto, “ardor”, “adormece” e “insuportável”. Não foi possível observar uma tendência nas respostas da escolha dos cartões quando analisados faixa etária e sexo. **Conclusão:** A representação de descritores de dor do questionário McGill por crianças é uma possibilidade e pode ser um recurso facilitador para descrição dos aspectos qualitativos da experiência dolorosa em crianças. **PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação da Dor; Criança; Dor; Questionário da Dor de McGill.

PAIN CARDS: A POSSIBILITY OF COMMUNICATING THE QUALITATIVE ASPECTS OF THE PAINFUL EXPERIENCE IN CHILDREN

ABSTRACT: Introduction: Pain is a complex and multidimensional phenomenon and, in children, its assessment requires health professionals to know the most appropriate instruments according to the stage of child development. In this context, the McGill Pain Questionnaire allows the assessment of the painful manifestation by the spontaneous complaint of pain, through a set of words (descriptors) that describe different qualities of the painful experiences from the verbal description. Objective: Build cards that represented the pain descriptors in McGill’s questionnaire. Methods: Cross quantitative study and experimental. Cards were made from images extracted from graphic ideas representative of the McGill Questionnaire pain descriptors expressed

by children and presented to a sample of 40 volunteers of both sexes with an average age of 5.6 years. Results: The results show significance for most of the cards that represent the descriptors of pain, except, “burning”, “falls asleep” and “unbearable”. It was not possible to observe a trend in the responses to the choice of cards when analyzing age group and gender. Conclusion: The representation of pain descriptors from the McGill questionnaire by children is a possibility and can be a facilitating resource for describing the qualitative aspects of the painful experience in children.

KEYWORDS: Pain Assessment; Child; Pain; McGill Pain Questionnaire.

INTRODUÇÃO

A dor é descrita como uma manifestação subjetiva a partir de uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crônica (SANTOS; MARANHÃO, 2016). Trata-se de um fenômeno complexo e multidimensional e, nas crianças, sua avaliação exige do profissional de saúde, além da compreensão adequada dos aspectos biológicos, comportamentais, afetivos, cognitivos e culturais da dor, o conhecimento de instrumentos apropriados de acordo com a etapa do desenvolvimento infantil (SANTOS et al, 2017).

Para compreender a manifestação da dor, os instrumentos unidimensionais, como os que avaliam apenas um aspecto, ainda prevalecem na aferição da experiência dolorosa. Contudo, a multidimensionalidade da dor torna complexa a avaliação e ninguém melhor que o próprio paciente para descrever, além da localização e intensidade, características como natureza da dor e prejuízos nas atividades diária (CUNHA; RIBEIRO; PEREIRA, 2020).

Nesse sentido, torna-se imprescindível a construção ou adaptação de métodos voltados ao contexto pediátrico, dada a importância da convergência do relato dos pais/acompanhante e a avaliação do profissional da saúde com o autorrelato da criança, para que a tomada de decisão, relativa ao tratamento, seja eficaz no controle da dor e coerente com a real queixa da criança (BATALHA; SOUSA, 2018).

A não utilização de instrumentos específicos para cada público pode gerar dificuldade na detecção das dimensões da dor, levar o paciente a ter o sintoma subtratado e comprometimento no sucesso do tratamento. A avaliação correta da dor, por meio do relato do sujeito, em qualquer idade, deve ser a primeira escolha (FORNELLI et al, 2019).

Nesse contexto, o “Questionário de dor McGill” - *Mcgill Pain Questionnaire* (MPQ), é considerado um instrumento universal, capaz de padronizar a linguagem da dor quando se pretende obter informações a partir de descrições verbais. Trata-se de um inventário que possibilita a avaliação da manifestação dolorosa pela queixa espontânea da dor, por meio de um conjunto de palavras (descritores) que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

O objetivo desse estudo foi elaborar cartões que representem os descritores de dor

do questionário de McGill.

MÉTODO

Essa pesquisa foi aprovada no comitê de ética e pesquisa em seres humanos sob CAAE: 04860412.3.0000.5208. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal e experimental. Participaram 40 crianças, de ambos os sexos, 22 do sexo feminino e 18 do sexo masculino, com idade média de 5 anos e 6 meses, variando entre três anos e um mês e sete anos e um mês, frequentadoras de uma escola da Mata Sul de Pernambuco, local da coleta de dados.

Foram incluídos escolares que estivessem participando pela primeira vez de um estudo dessa natureza para garantir a espontaneidade das respostas. Como critérios de exclusão, não puderam participar aquelas que apresentaram impossibilidade em se comunicar oralmente, com necessidades especiais ou queixas de problemas auditivos ou neurológicos explícitos.

O experimento desse trabalho consistiu na confecção e aplicação de cartões da dor, representativos dos descritores de dor do Questionário McGill (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Seguiu-se o percurso metodológico da pesquisa desenvolvida por Pereira (2015). Para este estudo, selecionou-se os descritores: *tremor, latejante, tiro, agulhada, perfurante, punhalada, cortante, estraçalha, mordida, cólica, fisgada, em torção, coceira, ardor, dolorida, machucada, esfolante, apavorante, forte, insuportável, espalha, atravessa, adormece, rasga, dá náusea*.

A primeira fase do estudo, referiu-se à coleta de uma representação ideográfica (um desenho), para cada um dos descritores, assim como foi realizado no estudo de Pereira (2015). 40 crianças, variando entre 8 e 12 anos, expressaram, de maneira livre, a imagem que passava em suas mentes, quando evocada a palavra-estímulo (dor que + descritor) (ex: *dor que fura, dor que queima*), a partir do comando: “se você pudesse representar essa dor com um desenho, que imagem lhe vem à cabeça?” Para cada desenho, as crianças relataram a intenção comunicativa da representação (Figura 1).



Figura 1. Representação das ideias gráficas pelas crianças da fase 1.

A partir das ideias gráficas, referente aos 25 descritores, buscou-se, na internet, imagens que pudessem ser confeccionadas em cartões para serem apresentados ao grupo de crianças a ser testado. As imagens deveriam ser validadas e representarem as dores em questão.

Para a seleção das imagens que representaram os descritores, expressas pelo grupo de crianças na primeira etapa do estudo, foram escolhidas as três ideias gráficas que obtiveram maior número de representações em relação a cada descritor de dor. Em caso de empate, escolheu-se o desenho em que o contexto extralinguístico - intenção comunicativa da representação - mais se aproximasse ao descritor em questão e/ou se adequasse ao vocabulário do público infantil (Figura 2).



Figura 2. Exemplos de ideias gráficas do descritor agulhada.

A partir das ideias gráficas, foram realizadas buscas por figuras de domínio público (na *internet*) que mais se assemelhassem com as representações das crianças. Das que tiveram maior número de representações, selecionou-se as imagens e, a partir da opinião de três juízes adultos, foi elencada uma imagem por dor, totalizando três imagens por descritor que posteriormente foram convertidas nos cartões, conforme exemplificado no fluxograma a seguir (Figura 3).

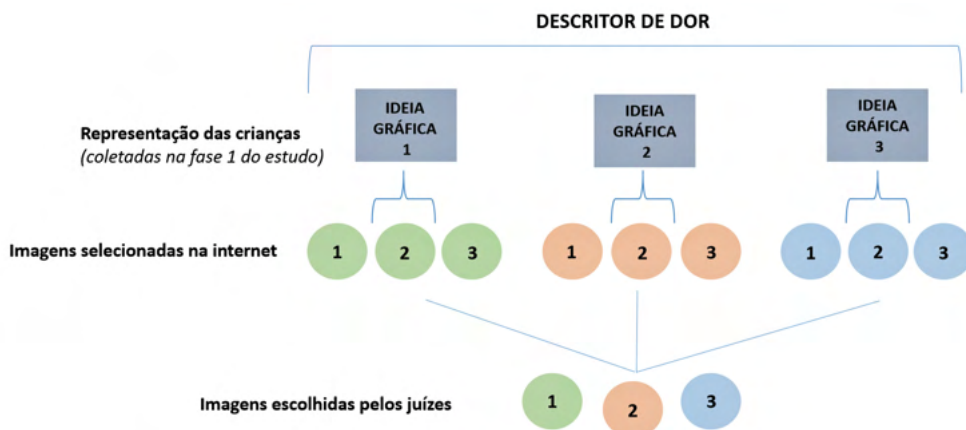


Figura 3. Fluxograma de seleção das imagens representante dos descritores de dor.

Para o descritor: *agulhada*, por exemplo, foram desenhados/relatados, na primeira etapa algumas ideias gráficas, como mostra a figura 2, as três ideias mais frequentes foram: 1- pessoa tomando vacina, 2- mão espetada por agulha, 3- pessoa pisando em prego. Após a busca pelas imagens, obteve-se nove representações que foram submetidas aos juízes.

Ideia gráfica 1 - Pessoa tomando vacina



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

Ideia gráfica 2 - Mão espetada por agulha



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

Ideia gráfica 3 - Pessoa pisando em prego

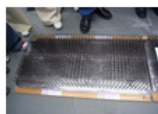


Imagem 1



Imagem 2

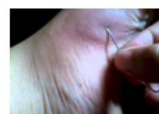


Imagem 3

Figura 4. Imagens apresentadas aos juizes conforme ideias gráficas do descritor agulhada.

Esse processo foi realizado com todos os descritores e resultou em 75 imagens, três imagens para cada um dos 25 descritores. Foram confeccionados 75 cartões, em papel couché, medindo 8cmX8cm e selecionados, ainda, mais 50 cartões aleatórios, ou seja, que não deveria ter relação com os descritores em questão. Esses cartões extras, também utilizados no estudo de Pereira (2015), serviram para garantir a resposta dos participantes, do grupo testado, como será descrito a seguir. Ao todo foram confeccionados 125 cartões.

A segunda etapa da pesquisa correspondeu a aplicação dos cartões às crianças do grupo dessa fase. Os 40 participantes foram convidados e os pais receberam explicações sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Ao serem abordadas pela pesquisadora, as crianças deveriam indicar qual o cartão mais representaria determinado tipo de dor. O almejado era que a criança escolhesse um dos cartões que foram selecionados na etapa anterior, a partir das ideias gráficas, ou seja, os cartões 1, 2 ou 3, e não escolherem os cartões aleatórios (A e B). Além de optarem pelos cartões 1, 2 ou 3, deveriam justificar a escolha. A ordem de distribuição dos cartões, da esquerda para direita, obedeceu a uma codificação contida em cada envelope, resultante de análise combinatória a fim de evitar a escolha tendenciosa dos cartões pelas crianças (Figura 5).



Figura 5. Cartões da dor de acordo com a ordem de distribuição - Ex: Dor que dá náusea

A aplicação dos cartões ocorreu, individualmente, nas dependências da escola, em local reservado para esse fim. A coleta foi uma adaptação do conceito de classificação dirigida que integra o método de Procedimento de Classificações Múltiplas (PCM)⁸. A pesquisadora dispôs os cinco cartões em cima da mesa, conforme exemplo da figura 6. A criança foi solicitada a fazer a escolha e apontar para um dos cartões com a seguinte indagação: “faz de conta que você está sentindo uma dor *descriptor* (ex: *que dá náusea*), qual dessas figuras você acha que se parece com essa dor?”



Figura 6. Aplicação dos cartões da dor

Após a escolha da criança, a pesquisadora questionou qual a ideia o cartão selecionado representa. Dessa forma, foi possível verificar a compatibilidade da escolha. Seguiu-se com esse processo com todos os descritores, sendo registrado pela pesquisadora o cartão indicado por cada criança. A análise dos dados foi feita com base na frequência da escolha dos cartões, com o *software* SPSS versão 22.0 foi calculado o

p-valor, considerando o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente e apresentados por meio de tabelas de frequência. A tabela 1 trata da distribuição das escolhas dos cartões da dor versus a sua correspondência. Foram consideradas respostas “correspondência sim” quando a escolha do cartão se referiu aos cartões 1, 2 ou 3 e quando a explicação da criança coincidiu com a representação da imagem. Quando a escolha do cartão se referia aos cartões A ou B, ou, apesar da escolha correta, a explicação não coincidia com a imagem escolhida, foi considerada a “correspondência não”. Os resultados mostram significância para a maioria dos cartões, exceto, aqueles cartões dos descritores *ardor*, *adormece* e *insuportável*.

	Cartão 1		Cartão 2		Cartão 3		Cartão A		Cartão B		Valor - p
Tremor	26		3		5		3		3		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	26	-	3	-	5	3	-	3	-	
Latejante	15		3		13		2		7		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	15	-	3	-	13	2	-	7	-	
Tiro	1		27		9		2		1		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	1	-	27	-	9	1	1	1	-	
Agulhada	16		1		23		-		-		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	16	-	1	-	23	-	-	-	-	
Perfurante	29		1		9		1		-		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	29	-	1	-	9	-	1	-	-	
Punhalada	4		22		9		2		3		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	1	3	-	22	-	9	2	-	3	-	
Cortante	2		13		19		5		1		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	2	-	13	-	19	5	-	1	-	
Estraçalha	9		22		5		1		3		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	1	8	-	22	1	4	-	1	3	-	
Mordida	6		4		29		-		1		<0,01**

Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	6	-	4	-	29	-	-	1	-	
Cólica		6		27		6		-		1	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	1	5	1	26	-	6	-	-	1	-	
Fisgada		1		27		11		1		-	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	1	-	27	-	10	1	-	-	-	
Em torção		15		10		8		2		5	<0,05*
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	2	13	-	10	-	8	2	-	4	1	
Coceira		6		9		19		6		-	<0,05*
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	6	-	9	1	18	5	1	-	-	
Ardor		16		14		10		-		-	NS
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	16	-	14	1	9	-	-	-	-	
Dolorida		3		31		3		2		1	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	2	1	-	31	-	3	1	1	1	-	
Machucada		18		10		9		3		-	<0,05*
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	1	17	1	9	-	9	3	-	-	-	
Esfolante		2		17		16		2		3	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	2	-	17	-	16	2	-	3	-	
Apavorante		10		7		18		2		3	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	10	1	6	1	17	2	-	3	-	
Forte		11		11		4		2		12	<0,05*
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	11	-	11	-	4	2	-	12	-	
Insuportável		11		7		10		4		8	NS
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	11	-	7	1	9	4	-	8	-	
Espalha		1		1		27		4		7	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	1	-	1	-	27	3	1	7	-	
Atravessa		19		4		5		10		2	<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	1	18	-	4	-	5	9	1	2	-	

Adornece	4		13		8		9		6		NS
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	4	-	13	4	4	9	-	6	-	
Rasga	3		4		30		1		2		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	3	2	2	-	30	1	-	2	-	
Dá náusea	24		1		5		7		3		<0,01**
Correspondência	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	-	24	-	1	2	3	7	-	3	-	

Tabela 1. Distribuição da frequência absoluta das respostas das escolhas dos cartões e sua correspondência. *Significante (p-valor <0,05) **Altamente significativa (p-valor <0,01)

A tabela 2 mostra a relação entre o descritor, a idade e o sexo das crianças e a significância, divididas em dois grupos a partir da média das idades, considerando crianças menores aquelas abaixo de cinco anos e seis meses e crianças maiores aquelas acima de cinco anos e seis meses. A tabela foi montada com base nos acertos das crianças, ou seja, a preferência de escolha pelos cartões 1, 2 ou 3.

Idade	Cartões 1, 2 ou 3	Cartões A ou B	% de acertos	Sexo	Cartões 1, 2 ou 3	Cartões A ou B	% de acertos	P valor
Tremor				Tremor				<0,01**
Menores	15	4	78,9%	Feminino	20	2	90,9%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	14	4	77,8%	
Latejante				Latejante				<0,01**
Menores	13	6	68,4%	Feminino	18	4	81,8%	
Maiores	18	3	85,7%	Masculino	13	5	72,2%	
Tiro				Tiro				<0,01**
Menores	19	-	100%	Feminino	21	1	95,5%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	17	1	94,4%	
Agulhada				Agulhada				<0,01**
Menores	19	-	100%	Feminino	22	-	100%	
Maiores	21	-	100%	Masculino	18	-	100%	
Perfurante				Perfurante				<0,01**
Menores	19	-	100%	Feminino	22	-	100%	
Maiores	21	-	100%	Masculino	18	-	100%	
Punhalada				Punhalada				<0,01**
Menores	17	2	89,5%	Feminino	20	2	90,9%	
Maiores	17	4	81%	Masculino	14	4	77,8%	
Cortante				Cortante				<0,01**
Menores	16	3	84,2%	Feminino	21	1	95,5%	

Maiores	18	3	85,7%	Masculino	13	5	72,2%	
Estraçalha				Estraçalha				<0,01**
Menores	18	1	94,7%	Feminino	18	4	81,8%	
Maiores	17	4	81%	Masculino	17	1	94,4%	
Mordida				Mordida				<0,01**
Menores	18	1	94,7%	Feminino	22	-	100%	
Maiores	21	-	100%	Masculino	17	1	94,4%	
Cólica				Cólica				<0,01**
Menores	16	3	84,2%	Feminino	21	1	100%	
Maiores	21	-	100%	Masculino	16	2	88,9%	
Fisgada				Fisgada				<0,01**
Menores	17	2	89,5%	Feminino	20	2	90,9%	
Maiores	21	-	100%	Masculino	18	-	100%	
Em Torção				Em Torção				<0,05*
Menores	12	7	63,2%	Feminino	16	6	72,7%	
Maiores	20	1	95,2%	Masculino	16	2	88,9%	
Coceira				Coceira				<0,05*
Menores	15	4	78,9%	Feminino	19	3	86,4%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	15	3	83,3%	
Ardor				Ardor				NS
Menores	19	-	100%	Feminino	21	1	95,5%	
Maiores	20	1	95,2%	Masculino	18	-	100%	
Dolorida				Dolorida				<0,01**
Menores	17	2	89,5%	Feminino	21	1	95,5%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	15	3	83,3%	
Machucada				Machucada				<0,05*
Menores	16	3	84,2%	Feminino	18	4	81,8%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	17	1	94,4%	
Esfolante				Esfolante				<0,01**
Menores	16	3	84,2%	Feminino	20	2	90,9%	
Maiores	19	2	90,5%	Masculino	15	3	83,3%	
Apavorante				Apavorante				<0,01**
Menores	16	3	84,2%	Feminino	19	3	86,4%	
Maiores	17	4	81%	Masculino	14	4	77,8%	
Forte				Forte				<0,05*
Menores	12	7	63,2%	Feminino	17	5	77,3%	
Maiores	14	7	66,7%	Masculino	9	9	50%	
Insuportável				Insuportável				NS
Menores	12	7	63,2%	Feminino	15	7	68,2%	
Maiores	15	6	71,4%	Masculino	12	6	66,7%	
Espalha				Espalha				<0,01**

Menores	15	4	78,9%	Feminino	16	6	72,7%	
Maiores	16	5	76,2%	Masculino	15	3	83,3%	
Atravessa				Atravessa				<0,01**
Menores	14	5	73,7%	Feminino	17	5	77,3%	
Maiores	14	7	66,7%	Masculino	11	7	61,1%	
Adormece				Adormece				NS
Menores	11	8	57,9%	Feminino	11	11	50%	
Maiores	10	11	47,6%	Masculino	10	8	55,6%	
Rasga				Rasga				<0,01**
Menores	15	4	78,9%	Feminino	18	4	81,8%	
Maiores	20	1	95,2%	Masculino	17	1	94,4%	
Dá náusea				Dá náusea				<0,01**
Menores	12	7	63,2%	Feminino	20	2	90,9%	
Maiores	17	4	81%	Masculino	9	9	50%	

Tabela 2. Relação entre idade, sexo, descritor e a significância

A amostra foi composta 55% por meninas e 45% meninos, as crianças maiores e menores correspondem a 52,4% e 47,5%, respectivamente. Não foi possível observar tendência de respostas corretas de acordo com sexo ou faixa etária. Com relação à significância do descritor, descritores com altíssima significância foram influenciados por respostas dos dois grupos de crianças maiores e menores, a exemplo, o descritor *cólica* teve o maior percentual de acertos das crianças menores (100%) em relação às maiores (84,2%). Em contrapartida, o descritor *tremor* obteve maior percentual de acertos pelas crianças maiores (90,5%) em relação às crianças menores (78,9%). Nos descritores *agulhada* e *perfurante*, o percentual de acertos foi de 100% para todos os grupos, crianças maiores e menores e de ambos os sexos. Os resultados dessa pesquisa puderam mostrar que mesmo a correspondência dos cartões não estarem relacionadas com a escolha por crianças maiores ou menores, meninas ou meninos, é possível a qualificação da dor por crianças da faixa etária dos três aos sete anos.

O estudo resultou em um instrumento de representação dos descritores de dor do Questionário McGill, composto por 23 cartões constituídos por imagens que representam cada um dos descritores de dor a partir da eleição por crianças. Foram considerados os descritores que obtiveram significância estatística (Figura 7). Dessa maneira, foram excluídos os cartões dos descritores *insuportável*, *ardor* e *adormece* e no caso do descritor *forte* os cartões 1 e 2 tiveram igual quantidade de respostas, sendo mantidos dois cartões para representá-lo. Nesse sentido, o referido instrumento possibilita a narrativa dos aspectos qualitativos da dor em crianças.

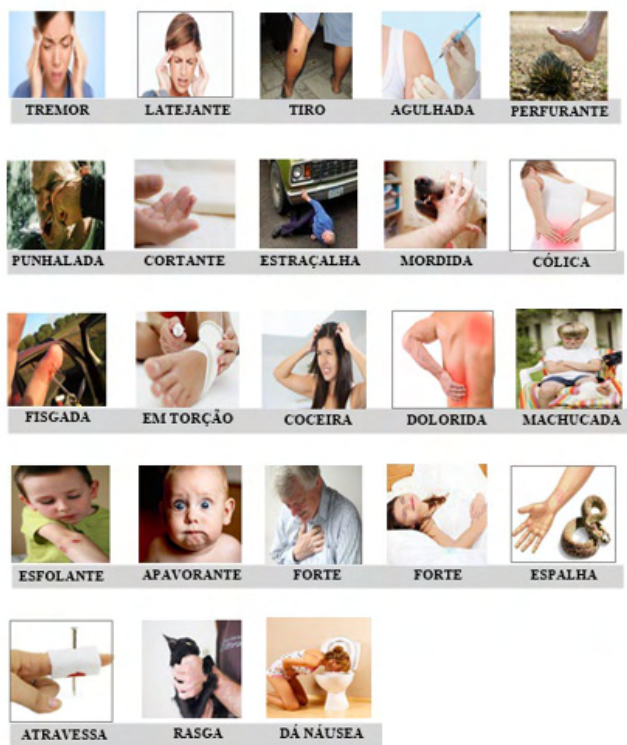


Figura 7. Cartões da dor a partir dos descritores de dor do questionário McGill.

DISCUSSÃO

As crianças dessa pesquisa, responderam de forma coerente, aos comandos para imaginação da dor e escolha dos cartões. A utilização do estímulo: “faz de conta que você está sentindo uma dor” foi suficiente para obtenção da representatividade dos resultados apontados na tabela 1, que mostra que os dados foram altamente significantes para a maioria dos descritores. Dos Santos (2016), ressalta que, dos dois aos sete anos, desenvolve-se a linguagem da imitação, surgindo a capacidade de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação. Com isso, aparece nessa fase a descoberta do símbolo e a substituição das intuições sensório-motoras pelas representativas, a exemplo, da utilização do imaginário para retratar a realidade a partir de jogos simbólicos, imagens mentais e brincadeiras de faz de conta.

Aos três anos a criança já consegue compreender e responder verbalmente a perguntas, fazer uso da linguagem oral para satisfazer as necessidades físicas e psicológicas, informar, interagir e narrar acontecimentos com auxílio de perguntas do outro. Sendo os marcos dessa faixa etária, a ampliação do léxico e das habilidades para relatar experiências imediatas, responder no momento em que uma questão é feita, dar significado

a nomes, verbos e adjetivos, como palavras que significam sentimentos e as partes do corpo (ALEXANDRE et al, 2020).

Em relação aos descritores *insuportável*, *ardor* e *adormece*, a ausência de significância pode ser justificada pela ocorrência de variações na interpretação que a palavra representa para as crianças ou, ainda, por serem usadas de diferentes formas no contexto regional em que a população do estudo está inserida. Um estudo que propôs adaptação semântica feita por crianças do Nordeste do Brasil para classificar os cartões de qualidade da dor, baseados nos descritores do questionário McGill, verificaram que algumas palavras (descritores) não fazem parte do vocabulário das crianças dessa região e, ainda que conheçam o significado, não as utilizam para descrição da sensação dolorosa (GUEDES et al, 2018).

Com o descritor *insuportável*, por exemplo, houve um número considerável de respostas com correspondência positiva para os três cartões (1, 2 e 3), indicando que, a depender da interpretação de cada criança, qualquer uma das três imagens seriam representativas de uma dor insuportável. Além disso, parte das crianças optaram pelos cartões A e B para representar essa dor, mas não apresentaram concordância na explicação de suas escolhas, demonstrando que a escolha não tinha consistência. (Tabela 1).

As palavras conhecidas e utilizadas, por mais de 50% das crianças, para descrever dor, no estudo de Guedes, et.al (2018) foram, entre outras: *latejante*, *mordida*, *dolorida* e *forte*, esta última por exemplo, conhecida por 100% da amostra pesquisada pelos referidos autores. Os mesmos descritores foram identificados com correspondência significativa nos cartões propostos por essa pesquisa, como destacado na tabela 1. O descritor forte, no presente estudo, apresentou correspondência para dois cartões.

O pensamento associativo da criança pode justificar a escolha dos cartões com desenhos de “dor no peito” e “dor na barriga” para correspondência do descritor *forte*. Se alguém diz a uma criança que uma banana verde dá dor de barriga, logo a criança pode imaginar que o abacate, que é verde, também possa causar mal estar (ALEXANDRE et al, 2020). Nesse sentido, levar a mão a uma parte do corpo - pé, braço, cabeça, barriga ou peito, como nos cartões escolhidos - associada à intensa expressão de desconforto pode indicar uma dor de alta intensidade e ser associada ao descritor *forte*. As crianças encontram uma similaridade na ideia que lhe foi apresentada e lhe atribuem significados aproximados, visto que, ao conhecerem os valores semânticos conseguem criar hipóteses sobre o significado de uma palavra (GUIMARÃES; DA MOTA, 2016).

Com relação à tabela 2, a faixa etária das crianças foi categorizada entre menores e maiores para análise a partir da média das idades (cinco anos e seis meses). Optou-se por essa divisão pois, autores (BONI et al, 2020) relatam que, entre os cinco e sete anos de idade ocorre o pico de maturação da habilidade de flexibilidade cognitiva, uma das tarefas das funções executivas do cérebro que caracteriza o surgimento da capacidade do pensar criativo nas crianças dessa faixa etária em relação às mais novas. Nesse caso, foi

suscitado que esse processo cognitivo influenciaria nas escolhas dos cartões. Contudo, não foi observada tendência de respostas dessa variável com a escolha dos cartões indicando que, não houve distinção entre as opiniões de crianças maiores em relação as menores.

Ainda sobre a faixa etária, ressalta-se que tanto as crianças denominadas, nesse estudo, menores como as maiores, encontram-se no período pré-operatório de acordo com a teoria Piagetiana do desenvolvimento cognitivo (PIAGET; INHELDER, 1982) - dois a sete anos - o que deve justificar a ausência de influência da variável idade na escolha dos cartões.

O mesmo ocorreu com a variável sexo, que não influenciou na decisão pela escolha dos cartões. Um estudo que teve o propósito de analisar as relações entre os diferentes gêneros na primeira infância e a maneira como eles se expressam nas atividades lúdicas, demonstrou que meninos e meninas de três e quatro anos não necessariamente seguem os estereótipos sociais atrelados aos gêneros, concluindo que os papéis sexuais, os comportamentos pré-determinados, os preconceitos e discriminações são construções culturais, que existem nas relações dos adultos, mas que não influenciam essa faixa etária (LEITE; FEIJÓ; CHIÉS, 2016).

Os achados desse estudo, indicaram possibilidade de representação dos descritores de dor do Questionário McGill, por meio de um instrumento de avaliação qualitativa da dor em crianças. A possibilidade da avaliação multidimensional da dor em crianças é também descrita, em outro trabalho, pelo uso do instrumento *Adolescent Pediatric Pain Tool* (APPT), que avalia a intensidade da dor, o seu padrão de localização e as suas características qualitativas usando descritores de categorias sensoriais, afetivas, avaliativas e temporais (BATALHA et al, 2015).

Em relação ao uso dos descritores do Questionário McGill para avaliação em crianças, foi desenvolvido os “Cartões das Qualidades da Dor”, utilizando o personagem infantil “Cebolinha”, da “Turma da Mônica” com diferentes expressões dolorosas baseadas em 18 descritores de dor (ROSSATO et al, 1996). A utilização desse instrumento na mensuração dos aspectos qualitativos da dor pediátrica já foi relatada em diferentes contextos, como na dor crônica e na patologia oral (ROSSATO;MAGALDI, 2006, SOUSA, 2018).

Um estudo que objetivou identificar os descritores de dor do Questionário McGill presentes nas narrativas de crianças em tratamento oncológico, enfatiza a utilização de reforços figurativos na comunicação oral como um apoio na descrição da dor e revelam a necessidade da criação de instrumentos de avaliação de dor adequados às faixas etárias, de forma a facilitar as representações simbólicas em crianças (STUDART-PEREIRA; CORDEIRO; QUEIROGA, 2015).

Essa realidade pode se tornar possível com a padronização da avaliação da dor a partir de pesquisas, capacitação e sensibilização dos profissionais envolvidos na participação ativa do cuidado a criança acometida pela dor. Sendo o uso de protocolos, facilitadores na tomada de decisões para o alívio da dor na criança em todas as faixas

etárias (SANTOS et al, 2017).

Os cartões, produto desse trabalho, podem ser um aliado na descrição dos aspectos qualitativos da dor em crianças, por propiciar uma descrição da dor compatível com o autorrelato da experiência dolorosa da população infantil. Este diferencia-se por ter partido da narrativa de crianças, característica que se diversifica a partir do apoio em elementos linguísticos na contação de histórias como, gravuras, fantasias, reconto de fábulas ou narrativas da experiência pessoal (FAVARO; DAVID, 2012). Sugere-se a ampliação desse produto em outros estudos voltados à avaliação dolorosa pediátrica por considerar as especificidades da linguagem da criança e facilitar sua comunicação.

CONCLUSÃO

Os achados desse estudo indicam que é possível, a representação de descritores de dor do questionário McGill por crianças de 3 a 7 anos e que, independente do sexo, das diferenças individuais e do desenvolvimento biológico, cognitivo e linguístico, não há divergência entre a correspondência das respostas nessa faixa etária.

O uso dos cartões de dor é uma possibilidade de acesso à comunicação da experiência dolorosa em crianças.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE D.S., et al. **Validação de cartilha sobre marcos do desenvolvimento da linguagem na infância.** Rev CEFAC [Internet]. 2020 [cited 2020 July 11] ; 22(2): e16219. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462020000200505&lng=en.

BATALHA, L.M.D.C; SOUSA, A.F.D. **Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros.** Revista de Enfermagem Referência, 2018; (17):15-22.

BATALHA, L.M.C. et al. **Avaliação da dor em crianças com cancro: uma revisão sistemática.** Revista de Enfermagem Referência. 2015; *ser/V*(5):119-27.

BONI, A.C.M. et al. **O desenvolvimento da atenção e da memória na Educação Infantil.** Eur Acad Res. 2020; 7(11):5665-87.

CUNHA D; RIBEIRO A; PEREIRA F.M.S. **Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática.** Rev Enferm. 2020; 43(1): 59-68.

DOS SANTOS, L.G. **A importância do brincar para o desenvolvimento cognitivo da criança na educação infantil pré-escolar sob a percepção de professores.** Projeção e Docência. 2016; 7(2): 23-34.

FAVARO B.A; DAVID, D.E.H. **Histórias infantis como enriquecimento linguístico para crianças com surdez na educação infantil.** Curitiba: SEED, 2012.

FORNELLI, A.C.S. et al. **A dor em crianças com paralisia cerebral no pós-operatório de cirurgia ortopédica: percepção de pais e profissionais da saúde.** BrJP. Epub June 19, 2019; 2(2): 137-41.

GUEDES, D.M.B. et al. **Avaliação da dor em crianças: adequação semântica de um instrumento multidimensional em um contexto da região nordeste.** Rev Soc Bras Enferm Ped. 2018;18(2):82-9.

GUIMARÃES, S.B, DA MOTA, M.M.P.E. **Qual a contribuição da consciência morfológica das crianças na precisão de leitura de palavras e compreensão de texto no português?** Estudos de Psicologia. 2016; 27(3):239-48.

LEITE, L.G; FEIJÓ, J.P; CHIÉS, P.V. **Qual o gênero do brincar? Aprendendo a ser “menino”... Aprendendo a ser “menina”.** Motrivivência. 2016; 28(47):210-25.

PEREIRA, L.M.S. Desenvolvimento de um instrumento multidimensional para avaliação de dor em crianças a partir de descritores observados em narrativas infantis [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; 2015.

PIAGET, J; INHELDER, B. **A psicologia da criança.** São Paulo: DIFEL, 1982.

PIMENTA, C.A.M; TEIXEIRA, M.J. **Proposta de adaptação do questionário de dor McGill para a Língua Portuguesa.** Rev Esc Enf USP. 1996; 30(3): 473-83.

ROAZZI, A; FEDERICCI, F.C.B; WILSON M. A estrutura primitiva da representação social do medo. Psicol Reflex Crit. Porto Alegre, 2001;14(1): 57-72.

ROSSATO, L.M et al. **Cards pain of characteristics for use with children.** Proceedings of the 8th World Pain Congress; 1996. August 5-8; Vancouver, Canada. p.184.

ROSSATO, L.M, MAGALDI, F.M. **Instrumentos multidimensionais: aplicação dos cartões das qualidades da dor em crianças.** Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(5):1-8.

SANTOS, J.P; MARANHÃO, D.G. **Cuidado de Enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica.** Rev Soc Bras Enferm Ped. 2016; 16(1): 44-50.

SANTOS, A.F et al. **CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR INFANTIL.** Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde. 2017; 1(1).

SOUSA, G.C.C.D. **Avaliação da dor de crianças e adolescentes com mucosite oral no período pós-transplante de células-tronco hematopóéticas** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná - UFPR; 2018.

STUDART-PEREIRA, L.M; CORDEIRO, A.A.A; QUEIROGA, B.A.M. **Descritores de dor presentes nas narrativas de crianças em tratamento oncológico.** Estudos de Psicologia (Natal). 2015; 20(4):241-50.

CAPÍTULO 8

FATORES QUE INFLUENCIAM NA BAIXA COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E O PAPEL DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/02/2022

Denise da Silva Carvalho

<https://lattes.cnpq.br/8947824130769877>

Marcelo Barros de Valmore Fernandes

<https://lattes.cnpq.br/8974521376371188>

Raquel Cardozo Cruz Maria

<http://lattes.cnpq.br/6022795312665675>

Vitória Caroline Alves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/4663534803800754>

RESUMO: Nos primeiros anos de vida da criança o sistema imunológico ainda está em desenvolvimento, para isso as vacinas são administradas nesta faixa etária de idade. O presente estudo tem como objetivo a queda da vacinação contra o sarampo e suas consequências em crianças com até 5 anos de idade, já que nos últimos anos se notou um aumento de caso e declínio na imunização. Método: se utilizou estrutura do trabalho a revisão integrativa literária, através de artigos científicos encontrados no Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar (Google Acadêmico), Biblioteca virtual de saúde (BVS) as informações adquiridas foram referentes aos anos de 2002 a 2021, em português e inglês, baseados em artigos, livros, revistas científicas e diretrizes, com referências a Sarampo. Resultado: verificou-se que as regiões que tiveram uma maior queda foram a norte e sudeste, os pais são as principais pessoas para uma melhor adesão as vacinas um resgate e aumento da cobertura, a enfermagem apresenta

um papel de conscientização da população, a maior consequência que essa queda pode trazer é o aumento de casos e até óbitos por essa enfermidade. Conclusão: Mostra-se com este estudo que é necessário que o governo e os profissionais de saúde necessitam passar mais informações acerca da vacina, durante o estudo observamos o quanto é importante está atuação da enfermagem e principalmente do enfermeiro responsável da sala de imunização, está relacionado à abordagem com os pais conscientizando-os de como é importante este momento de imunização na vida da criança, mobilizando a comunidade de atuação realizando a educação em saúde de forma que a população ali presente se conscientize da importância vacinal minimizando assim a queda da vacina e o surgimento de doenças já erradicadas, trazendo assim uma importante reflexão para melhoria da mobilização de estratégias para as campanhas e processos de imunização.

PALAVRAS-CHAVE: Sarampo, enfermagem, cobertura vacinal, imunização, sistema único de saúde.

ABSTRACT: In the first years of life of the child the immune system is still developing, for this vaccines are administered in this age range. The present study aims to increase vaccination against measles and its consequences in children up to 5 years of age, since in recent years there has been an increase in case and decline in immunization. Method: the structure of the work was used to review the literary integrative, through scientific articles found in the Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar (Google

Scholar), Virtual Health Library (VHL) the information acquired was related to the years 2002 to 2021, in Portuguese and English, based on articles, books, scientific journals and guidelines, with references to Measles. Result: it was found that the regions that had a greater fall were in the north and southeast, parents are the main people for better vaccinations a rescue and increased coverage, nursing has a role of awareness of the population, the greatest consequence that this fall can bring is the increase in cases and even deaths from this disease. Conclusion: It is shown with this study that it is necessary that the government and health professionals need to pass more information about the vaccine, during the study we observed how important is the performance of nursing and especially the nurse in charge of the immunization room, this rationed the approach with parents raising awareness of how it matters this moment of immunization in the child's life, mobilizing the community of action implementing health education so that the population present there becomes aware of the vaccine importance, thus minimizing the fall of the vaccine and the emergence of diseases already eradicated, thus bringing an important reflection to improve the mobilization of strategies for campaigns and immunization processes.

KEYWORDS: Measles, nursing, vaccination coverage, immunization, single health system.

INTRODUÇÃO

A história da vacinação no mundo teve seu início no século XIX quando o médico inglês Edward Jenner, durante estudos e experimentos criou a vacina contra a varíola, através dos estudos foi que ele observou que as pessoas que tinham contato com a vaca infectada com o vírus da varíola, apresentavam sinais e sintomas mais brandos. (LESSA; DÓRIA,2013). Sendo assim o processo de imunização humana adquiriu o nome vacina, do latim *vacinus*, que significa vacas (ROITT; BROSTOFF; MALE, 2003).

A descoberta da vacina foi extremamente valiosa para medicina preventiva, que não trata a doença, mas sim, busca principalmente evita-la, tendo o custo mais baixo da prevenção em relação ao tratamento de doenças e principalmente os benefícios para a saúde e qualidade de vida (HOCHMAN, 2011).

A vacina é um material que leva à imunização do indivíduo, de forma que o mesmo não precise contrair a forma clínica da doença para qual é imunizado seu corpo, conseguindo contrair defesas para uma possível exposição ao patógeno, impedindo assim o desenvolvimento da doença em reflexo da imunidade que adquiriu (MOLINA et al., 2007).

No Brasil, a vacina teve seu início anos depois, também contra a varíola e outras doenças que eram consideradas uma epidemia e acometiam muitas pessoas levando-a as, a óbito. Entretanto, inicialmente, as vacinas não foram aceitas pela população brasileira e no ano de 1904, iniciou-se a Revolta da vacina no Rio de Janeiro que apresentava um quadro de insalubridade e refletia no aumento de diversas doenças. Movimento este, iniciada pela própria população, que se encontrava receosa a respeito da vacina, devido à carência de informações em referência ao material utilizado no imunizante, bem como, sobre os possíveis efeitos colaterais que poderiam ser ocasionados. E, que se manifestou

intenso, dias depois quando a vacina se tornou obrigatória, após uma lei aprovada pelo congresso, com o apoio do médico sanitário Oswaldo Cruz (LIMA e PINTO, 2017).

Com a consolidação da primeira vacina no Brasil foi criado o Plano nacional de imunização (PNI) no ano de 1973 em Brasília, contudo antes da criação do PNI existiram programas que trabalhavam com a imunização sendo eles a base para o desenvolvimento do PNI. Estes programas eram do ministério da saúde sendo. Divisão Nacional de Profilaxia e controle de doenças e um setor de Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas de saúde (DNEES) (Temporão, 2003).

Atualmente o PNI possui 48 imunizantes sendo 18 vacinas para criança e adolescentes. Sendo assim, um dos países com um vasto calendário vacinal e um dos mais completos, além das vacinas também é disponibilizado soros e imunoglobinas (BRASIL, 2020).

Dentre as diversas enfermidades que a imunização pode tanto diminuir os sintomas causados, quanto reduzir os riscos a zero, temos o sarampo, sendo uma doença ocasionada por um vírus de RNA que possui alta taxa de contaminação. Esta contaminação ocorre através do vírus no meio ambiente, espirros, tosse e fala de pessoas infectadas (MEDEIROS, 2020). Inicialmente o vírus do sarampo age no trato respiratório e logo após se propaga por todo o corpo (OPAS, 2021).

Os principais sintomas do sarampo são: coriza, febre, conjuntivite e pequenas lesões no corpo, e em casos mais graves pode causar otite média, pneumonia, cegueira e até o óbito do infectado (MEDEIROS, 2020).

A tríplice viral é a vacina aplicada em crianças para a prevenção do sarampo. Ela ocorre nos 12 meses de vida e aos 15 meses de vida, porém nos últimos anos com o aumento de casos confirmados de sarampo está ocorrendo uma dose extra da vacina em alguns estados, aplicada nas crianças com mais de seis meses e menos de um ano de idade (BRASIL, 2020).

A partir do ano de 2015 notou-se uma queda na taxa de imunização infantil, onde, ao longo desse ano somente a vacina BCG ficou dentro da meta estabelecida pelo PNI. (CONASS, 2017). E, alguns fatores que podem estar ligados a essa baixa aceitação pode estar relacionada com a propagação de “Fake News” e do aumento do movimento antinacional (CRUZ, 2017).

O objetivo dessa pesquisa foi realizar um estudo epidemiológico acerca da queda da vacinação contra o sarampo em crianças menores de 5 anos de idade.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa, que tem como base a síntese de pesquisas relacionadas a uma pergunta, tendo como finalidade a busca por uma intervenção/solução desse problema (MENDES, 2008).

As informações foram retiradas de estudos verídicos *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Google Scholar* (Google Acadêmico), *Biblioteca virtual de saúde* (BVS). Utilizando-se dos seguintes descritores: sarampo, queda de imunização, unidade básica, enfermagem, epidemiologia, PNI, pais, calendário vacinal, sala de vacinação, cobertura vacinal, doença imunopreveníveis.

Todas as informações adquiridas serão referentes aos anos de 2002 a 2021, em português e inglês, baseados em artigos, livros, revistas científicas e diretrizes, com referências a Sarampo.

Para enriquecer a pesquisa, também se fez uso de fontes como: Organização Pan-americana de saúde, Sociedade brasileira de pediatria e Fiocruz.

RESULTADOS

Título 1	Fatores que interferem no cumprimento do calendário vacinal na infância.
Autor e Ano	Araújo, Maria Clara G. et al 2020
Método Adotado	Exploratória
Objetivo	Analisar os fatores que interferem no cumprimento da atualização vacinal na infância
Resultados Relevantes	Foram encontrados alguns fatores no decorrer da pesquisa. Alguns pais falaram que não queriam levar as crianças (10,77%); algumas eram crianças fora da faixa etária desejada (30,77%); a criança ficava doente (27,69%); os pais esqueciam de levar a UBS (15,38%); respondeu que não tinha tempo (6,15%). Outro dado importante é que a maioria dos pais que responderam as pesquisas não tinham um trabalho fora de casa (76,47%) e que a maior incidência no atraso do calendário ocorre com as crianças do sexo masculino (58,33%)
Conclusão	Evidencia-se, por tanto, os múltiplos fatores da queda da vacinação, sendo assim, necessário ampla campanha afim do retorno dos responsáveis.
Título 2	Negligência a vacinação: o retorno do sarampo no Brasil
Autor e Ano	Pereira, João Pedro C., Braga, Gabriele M., Costa, Gabriela A. 2019
Método Adotado	Análise epidemiológica
Objetivo	Avaliar dados epidemiológicos dos casos notificados de sarampo em 2018, no Brasil.
Resultados Relevantes	Dados apontam que no ano de 2018, 522 casos suspeitos de sarampo foram constatados até 43ª semana epidemiológica. Onde 332 foram positivados, 68 estavam em análise e 122 foram descartados a possibilidade de sarampo, outro dado é que entre os casos confirmados nem todos eram brasileiros, alguns eram de países que faziam fronteira com o Brasil. Tal dado tem ligação com a queda progressiva da vacinação da tríplice viral que no ano de 2015, no estado de Roraima, o índice chegava a 108,45% e no ano de 2017 este índice caiu para 87,30%. Os maiores casos de óbito ocorreram na região norte do país.
Conclusão	Portanto, faz-se necessário que o ministério da saúde aumente a divulgação de que a vacina é gratuita para que os pais voltem a levar seus filhos as UBS. É necessário também que haja uma maior vigilância da vacinação de crianças que entram no Brasil com uma maior facilidade através do Mercosul assim garantindo a proteção de todos.

Título 3	Fatores e determinantes para baixa cobertura vacinal infantil em um município do Sul do Brasil.
Autor e Ano	Lima, Jonas H. C et al 2021
Método Adotado	Qualitativa
Objetivo	Fazer uma pesquisa mais ampla acerca do cuidado parental no contexto de famílias de alto rendimento e escolaridade na cidade de São Paulo.
Resultados Relevantes	Foi visto, que casais que escolheram não vacinar tinham embasamento em pesquisas feitas na internet ou mídias sociais, ainda falando sobre esses responsáveis é dito que na maioria dos casos essa escolha parte da mãe da criança, por não acreditar na eficácia do imunizante ou por alguma crença, e é tido uma conversa entre eles. Os pais que escolheram vacinar dizem o fazer por amor ao filho e por ter um respaldo médico.
Conclusão	Dessa maneira é necessário que profissionais da área conversem e demonstrem que as vacinas são efetivas e tem um grande valor para a população.
Título 4	Aspectos epidemiológicos das internações por sarampo no Brasil entre 2018 e 2019.
Autor e Ano	Souza, Amanda C.F et al 2020
Método Adotado	Descritivo longitudinal
Objetivo	Analisar os aspectos epidemiológicos de casos sarampo que precisaram de internação no Brasil entre 2018 e 2019.
Resultados Relevantes	De acordo com as estatísticas da pesquisa ocorreram 1.724 casos que necessitaram de internação nos anos de 2018 e 2019, onde a maior prevalência das hospitalizações aconteceram nas regiões norte e sudeste (89%). Sendo o predomínio no sexo masculino, de 912, e o do sexo feminino, de 812, e a maior parcela desse evento em crianças menores de 5 anos (66%), dentro desses menores de 1 ano (39%) e de 1 a 4 anos (27%).
Conclusão	Diante disto é necessário que haja uma maior campanha acerca do sarampo e suas consequências, além disso, as áreas mais afetadas negativamente necessitam resgatar a população alvo da vacina através destas campanhas.
Título 5	Perfil epidemiológico das ocorrências de sarampo no Brasil nos últimos 5 anos.
Autor e Ano	Wanderley, Renata L. et al 2021
Método Adotado	Estudo epidemiológico descritivo
Objetivo	Identificar as características epidemiológicas dos casos confirmados no Brasil a partir do ano 2015 até 2019.
Resultados Relevantes	Através da pesquisa evidenciou-se, nos últimos 5 anos, um aumento nos casos a partir de 2018. Em 2015 teve 55 ocorrências em 2018 chegou a um número alarmante de 891. Além disso nota-se que houve uma maior incidência em pardos (1.063) e em seguida em brancos (368). E também, a maior parte dos casos se mostrou dominante nas crianças menores 5 anos somando 64,6%, sendo menores de 1 ano 38,5% (723) e de 1-4 anos 26,1% (490). Em 2018 nesta faixa etária ocorreu um óbito.
Conclusão	Em suma mostra-se que a parte da população mais afetada são crianças de 1 a 4 anos, sendo as crianças de 12 meses (1 ano) as alvo da vacinação para sarampo através as tríplice viral, logo, é necessário que os responsáveis voltem a levar seus filhos para a imunização.

Título 6	Percepções e conhecimento da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização.
Autor e Ano	Aragão, et al 2019
Método Adotado	Estudo exploratório
Objetivo	Analisar as percepções, conhecimentos e atitudes da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização.
Resultados Relevantes	Foi relatado que a profissionais nos quais não são totalmente instruídos para se passar informações corretas acerca da vacinação, e que todos os funcionários conseguem encaminhar os pacientes para a sala de vacinação. Também foi comentado sobre a educação continuada e como deveria ocorrer de forma contínua, pois o calendário vacinal passa por alterações anualmente, técnicos de enfermagem informam que existem casos onde os mesmos não sabem como agir e que essa ação causa um afastamento da população, além de que a comunicação entre eles é afetada por falta de atividades na UBS.
Conclusão	A respeito disso, mostra-se necessário mudanças no que tange os acontecimentos na UBS, gestores precisam incentivar a busca e proporcionar a educações continuadas a todos e principalmente os atuantes da sala de vacinação.
Título 7	Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades.
Autor e Ano	Pereira, et al 2019
Método Adotado	Estudo descritivo
Objetivo	Analisar as percepções, conhecimentos e atitudes da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização.
Resultados Relevantes	Neste artigo foi contado que os enfermeiros muitas das vezes não possui muito conhecimento técnico sobre as salas de imunização e dizem não ver muito sobre este tema na graduação, esses profissionais também relataram que não possuem tempo para fazer uma boa supervisão da sala de vacinação devido ao acúmulo de atividades que possuem nas UBS. Foi dito além disso que alguns profissionais deixam a sala de imunização sem nenhuma supervisão por um período maior que o normal o que prejudica a assistência prestada.
Conclusão	Deste modo é necessário que nas UBS tenham um enfermeiro exclusivo para a supervisão das salas de imunização, pois os enfermeiros sabem que é necessário um acompanhamento naquele setor, mas não possuem tempo hábil para realizar tal função.
Título 8	Estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da tríplice viral no Brasil
Autor e Ano	Vieira, et al, 2020
Método Adotado	Análise Estatística
Objetivo	Analisar a associação de fatores estruturais e diferenças geográficas na disponibilidade da vacina tríplice viral nos serviços de atenção básica no Brasil.

Resultados Relevantes	Este artigo evidenciou através das notificação o crescimento dos casos de sarampo no Brasil considerando fatores relacionados à estrutura dos serviços de atenção básica no território nacional e ações que visam à manutenção da cobertura vacinal com a tríplice viral relacionando os mesmos fatores que estão ligados à disponibilidade da vacina tríplice viral que poderão implicar no risco de ressurgimento de outras doenças imunopreveníveis no país.
Conclusão	A localização e a estrutura dos serviços de atenção básica influenciaram na disponibilidade da vacina tríplice viral no Brasil. Serviços da região Norte e com estrutura deficiente para as ações de imunização apresentaram menor frequência da disponibilidade da vacina.
Título 9	Imunização: o conhecimento e práticas dos profissionais de enfermagem na sala de vacina.
Autor e Ano	Silva, MRB et al, 2020.
Método Adotado	Estudo exploratório
Objetivo	Identificar o conhecimento e práticas dos profissionais que atuam na sala de imunização na Estratégia de Saúde da Família.
Resultados Relevantes	(86,7%) dos entrevistados informaram que os profissionais enfermeiros e técnicos, mesmo escalados, atuam na sala de imunização e em outros setores e, somente (13,3%) disseram que o profissional escalado só atua na sala de imunização. Isso impacta diretamente na eficácia da assistência.
Conclusão	Demonstra a importância do envolvimento e dedicação integral da enfermagem como um todo acerca do Programa Nacional de Imunização (PNI) pois o conhecimento adquirido da equipe reflete na a aderência da população e proporcionando o crescimento da conscientização a da educação em saúde.
Título 10	Perfil epidemiológico dos casos de sarampo no paraná, nos anos de 2019 e 2020
Autor e Ano	Silveira, et al, 2020.
Método Adotado	Descritiva e exploratória
Objetivo	Mostra que a cobertura da vacina contra sarampo durante o período de surto foi menor que os níveis necessários para erradicação (95%) e controle (90%).
Resultados Relevantes	O artigo demonstrou a importância da conscientização e esclarecimentos sobre a seriedade da ação do vírus do sarampo e a importância de o indivíduo estar imunizado nos prazos corretos para que se exposto ao vírus sua ação seja minimizada caso o mesmo venha ser infectado.
Conclusão	Tornar claro que a vacina ainda é a forma mais abrangente de prevenção à doença e mostrar os benefícios que contrapondo esclareceremos mitos a respeito da questão da vacina, do sarampo e da mortalidade causada pela doença bem como as sequelas deixadas nos casos mais graves da infecção.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Fatores que Interferem a Adesão da Vacina, e Implicam no Cumprimento do Calendário Básico de Vacinação Infantil

Dos 11 artigos analisados, acerca dos fatores que interferem na adesão da vacinação infantil, foi observado que muitos locais ainda sofrem com a indisponibilidade das vacinas nos serviços públicos de saúde, o que pode estar ligado a pouca estrutura presente em diversas cidades do país.

Em um estudo realizado por Vieira (2020), a estrutura das unidades básicas de saúde em especial da região norte, apresentaram uma grande deficiência estrutural, com pouca quantidade de recursos materiais e dentre eles podemos citar: falta de caixas térmicas, salas próprias e de exclusividade para a realização de aplicação de vacinas e serviços de refrigeração.

Essa deficiência de disponibilidade foi relatada por Pacheco (2019), ao informar que em 2018, a pouca disponibilidade e baixa aplicação de vacinas na região norte, resultou em duas notificações de surtos de sarampo na região norte do país.

De acordo com Bousquat, et al, (2017), a deficiência de uma boa estrutura na região, está ligada a assimetria com a qual ocorre a divisão dos recursos públicos de saúde, entre as diferentes regiões do país. E, a região norte, devido a essa falha de cobertura, sofre com as baixas na infraestrutura dos seus postos de saúde, o que afeta a oferta dos serviços, incluindo a aplicação das vacinas, que deixa a população suscetível a doenças e o aumentando o número de casos.

Outro fato que muito contribui para a baixa adesão as vacinas infantis, diz respeito aos pais e responsáveis, uma vez que foi possível observar por meio dos estudos que, muitos deles absorvem informações incorretas a respeito das vacinas, principalmente em referência aos eventos adversos (FRANCISCO, BARROS e CORDEIROS, 2011).

Os pais e responsáveis ainda podem se constituir como um dos principais veículos de queda na taxa de adesão de vacinas, devido a crenças onde os mesmos acreditam que não vacinar seus filhos, é uma ação de proteção, outros alegaram nos estudos, que desconhecem as leis obrigatórias e ainda há aqueles que leem informações na internet, sem embasamento científico, levando-os a acreditar em mitos e incompreensão acerca da importância da vacina.

Outra situação preocupante que pode ser destacada como fator de interferência no cumprimento do calendário vacinal, é referente a propagação de Fake News, que aumentam o movimento antivacina (SANCHES e CAVALCANTI, 2018).

Segundo Aps, et al. (2018), múltiplas fake news foram publicadas nos meios de comunicação que apresentam mazelas ligadas as vacinas, especialmente a tríplice viral associando com o autismo ou TEA.

Em 1998, por ser considerado enganoso um artigo foi excluído de uma revista por

sugerir que a vacina tríplice viral poderia ocasionar autismo. Não obstante, é reconhecido que o autismo é condicionado por um desenvolvimento neurológico e que é possuído uma forte ligação genética, o seu diagnóstico muitas das vezes se dá antes da criança completar um ano de idade quando é administrada a primeira dose da vacina. Assim que tal artigo veio a público, diversos estudos foram feitos a fim de conseguir criar uma ligação o imunizante e o autismo, porém, não obtiveram êxito nesta associação. Mesmo com as evidências que demonstravam a segurança desta vacina, um grupo de responsáveis ainda tem receio em imunizar suas proles, e com isso houve a reincidência do sarampo.

A ausência do imunobiológico também foi possível de ser constatada em alguns locais como nos casos das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país (MOURA et al, 2018).

Entre as principais variáveis podemos citar as questões sócio-econômicas, científicas, falta de confiança devido a acidentes ocorridos previamente, questões religiosas, demográficas, políticas, maior número de filhos, extremos de idade materna, maior número de moradores no domicílio, presença de doença na criança e baixa escolaridade materna (MOULIN 2003; SILVA et al, 1999).

Fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde também podem prejudicar as coberturas vacinais, tais como demora no agendamento de consultas, ausência de consultas noturnas ou em finais de semana, filas, tempo de espera. Outra causa estrutural são as oportunidades perdidas, caracterizadas pela não-vacinação na presença de doença leve ou quando a criança vai até a unidade de saúde para consultar no período de receber a vacina e não é vacinada (SILVA et al, 1999)

No que se refere aos problemas existentes no âmbito das unidades públicas de saúde, os profissionais também enfrentam impasses, percebeu-se durante os estudos que na modalidade de organização dos serviços prestados existem diversas deficiências, sendo uma delas a pouca supervisão na sala de vacinas.

A política de formação e desenvolvimento para o SUS deve considerar a Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, a gestão social sobre as políticas públicas de saúde e as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (LEMOS, 2016).

A Importância da Vacinação no Combate de Doenças Infecciosas Como o Sarampo

Domingues, et al, descreve como a implementação do PNI foi de grande serventia para a erradicação e controle das doenças infecciosas, além de diminuir o índice de

mortalidade infantil. Com isso anualmente 2,5 milhões de óbitos são evitados (SILVA, et al, 2019).

Matos (2019) mostra que no caso do sarampo a melhor forma de prevenção é a vacina, já que esta doença não possui um tratamento tardio. A imunização só é completa após a administração da segunda dose, respeitando o intervalo estabelecido pelo PNI. Pereira e colaboradores ressaltaram que o início do surto no qual o país passou tem uma ligação direta com o abandono da imunização.

Pereira, Braga e Costa (2019) relatam em seu estudo como alguns casos confirmados no país podem ser importados, a maioria de Venezuelanos que pedem abrigo e que não se vacinaram. Neste caso é de real importância que a vigilância epidemiológica necessita de uma alta fiscalização para que estes indivíduos não propaguem a cepa encontrada no seu país de origem. Wanderley, et al, informa que os casos confirmados de sarampo estão localizados principalmente na região que faz fronteira com o Brasil.

Görck e companheiros (2021), neste sentido expressa como a boa comunicação com a população ajuda a aumentar a confiança sobre os imunizantes e a chegar a meta estabelecida pelo PNI, no qual pode acontecer através de diálogos, folders e palestras. Outra forma de conscientizar é através dos vídeos educativos que falam sobre a importância da vacinação contra o sarampo e os benefícios que ela pode trazer a sociedade (Barros, et al, 2020).

O Papel e Atribuição dos Profissionais de Enfermagem no Plano Nacional de Imunização Infantil

O incentivo a vacinação deve começar no diálogo com os responsáveis acerca da vacina ofertada, datas das vacinas posteriores, informações de como agir com os possíveis eventos adversos e o preenchimento do cartão vacinal com data, lote, nome das vacinas (RODRIGUES, 2019). É necessário que o profissional da saúde esteja sempre ciente das novas diretrizes e empenhado a buscar por métodos que ajudem a esclarecer as dúvidas e dar soluções para aderir a imunização, assim conseguir mitigar desinformações quanto a vacinação.

Aos eventos adversos supracitados em um dos artigos neste estudo. Francisco, Barros e Cordeiro (2011), evidenciaram na sua pesquisa que os pais muitas das vezes atrasavam ou não levavam seus filhos para vacinar devido ao receio dos possíveis eventos adversos.

Oliveira, et al (2013), fala sobre a supervisão na sala de vacinação e como esta é uma função exclusiva do enfermeiro, porém, a mesma é geralmente deixada em segundo plano, devido ao acúmulo de tarefas que os profissionais da enfermagem desempenham. Já Pereira et al., concorda com a afirmação acima pois o mesmo cita em seu trabalho que os enfermeiros muitas das vezes não ouvem sobre essa supervisão durante a faculdade e por isso possuem dúvidas e acabam não sabendo fazer uma boa supervisão quando já

está em seu setor.

Martins et al (2018) fala sobre a importância da educação continuada neste setor, este tema é importante em todos os âmbitos da saúde, porém, na sala de vacinação é de extrema necessidade devido as constantes mudanças feitas no calendário, e o enfermeiro é a pessoa mais qualificada para saber quando existe a necessidade de submeter a sua equipe a esta atividade. Em Aragão e colaboradores, o tema em questão também entra em pauta e é observado que essa temática precisa de uma maior observação dos profissionais.

CONCLUSÃO

No trabalho, portanto, notam-se as consequências da baixa adesão a vacinação contra o sarampo, a importância do profissional da saúde, junto ao governo, para reverter essa situação e a atuação dos enfermeiros no processo de imunização.

Nesse sentido, mostra-se evidente a importância do profissional de saúde a fim de instruir e informar acerca das consequências que a não vacinação contra esta enfermidade pode gerar para o seu filho e para a população. Também é importante frisar que os pais têm papel fundamental na imunização da criança.

A avaliação do perfil epidemiológico da população infantil, apesar de muitas vezes encontrar dificuldades por questões metodológicas, ajuda a avaliar pontos positivos e pontos negativos, e as estratégias de saúde. Servindo de base para traçar estratégias, para resgatar os pais a fim de elevar a taxa de imunização contra o sarampo.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, et al. **Percepções e conhecimentos da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização.** Rev. Bras. Prom Saúde. 2019; 32:8809.

ARAÚJO, et al. **Fatores que interferem no cumprimento do calendário vacinal na infância.** Revista Eletrônica Acervo Saúde /EJCH | Vol.Sup.n.42 .2020.

APS, et al. **Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica.** **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 40, 2018.

BARROS, et al. **Elaboração de vídeos educativos com ênfase em imunoprofilaxia contra sarampo.** **Revista Presença**, [S.l.], v. 6, p. 36-45, nov. 2020. ISSN 2447-1534.

BOUSQUAT, et al. **Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde: os 5 R.** **Cad. Saúde Pública** 33 (8).2017 Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n8/e00037316/>. Acesso em: 30 de Set. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Calendário vacinal de imunização.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao>. Acesso em: 15 de Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de rede de frio**. Disponível em: https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/15/rede_frio_2017_web_VF.pdf. Acesso em: 01 de Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 23 de Set. 2021

BRASIL. Ministério da saúde. **Sarampo**. 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/assuntos/sau-de-a-a-z/s/sarampo>. Acesso em: 10 de Ago de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação em saúde. **política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau_fortalecimento.pdf. Acesso em: 21 de Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf. Acesso em: 10 de Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 30 de Ago. 2021.

CAVALCANTI, et al. Evolução do Programa de Triagem Neonatal em hospital de referência no Ceará: 11 anos de observação. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 3, 2017.

CRUZ. A queda da imunização no Brasil. **Revista CONSENSUS**, v. 7, n. 3, p. 20-9, 2017.

JESUS, Martins et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008.

DOMINGUES, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

FATO. O. **Da fundamentação, e. Análise**. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. 2021. Disponível em: [parecer_n2_ubs.pdf \(coren-df.gov.br\)](#). Acesso em: 29 de Set. 2021.

FIOCRUZ. **Brasil tem 235 casos confirmados de sarampo em 2021**. Disponível: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2339-brasil-tem-235-casos-confirma-dos-de-sarampo-em-2021>. Acesso em: 16 de Ago de 2021.

FIOCRUZ. **Sarampo**: sintomas, transmissão e prevenção. 2018. Disponível: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sarampo-sintomas-transmissao-e-prevencao#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20%C3%A9%20transmitida%20na,o%20aparecimento%20das%20manchas%20vermelhas.&text=A%20susceptibilidade%20ao%20v%C3%ADrus%20do,de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20a%20vacina%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 15 de Ago de 2021.

FIOCRUZ, **Vacinas**: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso. 2015. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263-vacinas-as-origens-a-importancia-e-os-novos-debates-sobre-seuuso?showall=1&limitstart=>. Acesso em: 07 de Set de 2021.

FIOCRUZ. **Prematuridade**. 2020. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/64-prematuridade> Acesso em: 17 de Ago de 2021.

FONSECA, et al. **Considerações sobre a vacinação dos prematuros e sua importância**. Editora científica, 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210404163.pdf>. Acesso em: 16 de Ago de 2021.

FRANCISCO; BARROS; CORDEIRO. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 417- 426, Mar. 2011.

FREITAS, et al. Mortalidade infantil e critérios de evitabilidade e componentes-Viçosa-MG,1998-2010. **Pediatria**, v.48, n.6, p.237-245

GÖRCK. **A importância da vacinação e o impacto dos movimentos antivacinas na reincidência de algumas doenças**. v. 7 n. 7 (2021): Salão do Conhecimento Unijuí

HOCHMAN. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.375-386, 2011.

LEMOS. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Mangueiras (RJ): Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2016. v. 21. n. 3. p. 913–922.

LESSA; DÓREA. **Bioética e vacinação infantil em massa**. Rev. Bioét. (Impr.). 2013; 21 (2): 226-36.

LI, et al. **Molecular epidemiology of measles virus infection in Shanghai in 2000-2012: the first appearance of genotype D8**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjid/a/Z4mMbgJ dcfSnRVfLTz ythvF/?format=pdf&lang=en>. Acesso: 03 de Ago. 2021.

LIMA, et al.. **Fatores e determinantes para baixa cobertura vacinal infantil em um município do Sul do Brasil**. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, 2(8), 2021.

LIMA; PINTO. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). Scire **Salutis**, v.7, n.1, p.53-62, 2017.

LINDER, et al. **Placental transfer of measles antibodies: effect of gestational age and maternal vaccination status**. Vaccine 22 (2004) 1509–1514.

MALAVÉ. **O ressurgimento do sarampo**: uma doença evitável. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/o-ressurgimento-do-sarampo-uma-doencaevitavel#:~:text=O%20ressurgimento%20do%20sarampo%3A%20uma%20doen%C3%A7a%20evit%C3%A1vel%2011%2F04%-2F2019,casos%20da%20doen%C3%A7a%20quase%20dobraram%20em%20um%20ano>. Acesso em: 08 de Ago. 2021

MATOS. **As vozes da epidemia de sarampo de 2019 no Brasil**. Research, Society and Development, vol. 8, núm. 12, pp. 01-11, 2019.

MEDEIROS. Entendendo o ressurgimento e o controle do sarampo no Brasil. *Acta Paul. Enferm. (Online)*; 33, 2020.

MENDES; SILVEIRA; GALVAO. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.

MOLINA, et al. **Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo**. Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007

MOULIN. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 499-517, 2003.

MOURA, et al. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2016380, 2018.

OLIVEIRA, et al. **Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. Texto & Contexto-Enfermagem**, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013.

OPAS. **Sarampo**. 2019. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/sarampo>. Acesso em: 21 de Ago. 2021

PACHECO, et al. Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2018, v. 42, e12.2018.

PEREIRA. **Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades**. Revista De Enfermagem Da UFSM, vol 9, 2019.

PEREIRA, BRAGA, COSTA. **Negligência a vacinação: o retorno do sarampo no Brasil**. 2019. <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2826/pd#:~:text=RESUMO%3A%20Neste%20estudo%20foi%20realizada,contra%20a%20doen%C3%A7a%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 15 de Out. 2021.

PEREIRA, et al. **Fake News e seus desdobramentos a liberdade de expressão**. 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/20370na>. Acesso em: 18 de Set. 2021.

RAMOS, et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 55-60, Jun. 2010.

RODRIGUES; SILVA. **Eventos adversos pós vacinais em crianças: uma revisão de literatura**. Anápolis, GO. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8540/1/TCC%20JOYCE%20RAYANE%20RODRIGUES%20E%20YASMIM%20FARIA%20DA%20SILVA.pdf>>. Acesso em: 20 de Ago. 2021

ROITT, BROSTOFF, MALE. **Fundamentos da Imunologia**. Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://www.livrebooks.com.br/livros/imunologia-david-male-jonathan-brostoff-david-b-roth-ivan-m-roitt-8nt2bgaaqbaj/baixar-ebook>. Acesso em: 27 de Ago. 2021.

SANCHES, CAVALCANTI. **Direito á saúde na informação da informação**: a questão das fakes news e seus impactos na vacinação. *Revista Jurídica*, [S.l.], v. 3, n. 52, p. 448 - 466, set. 2018.

SILVA, et al. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não- vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.2 São Paulo, abril 1999.

SILVA, et al. **Indicadores de coberturas vacinal para classificação de risco de doenças imunoproveníveis**. *Rev. Bras. Promoç Saúde* v. 32, 2019.

SILVA, et al. **Imunização**: o conhecimento e práticas dos profissionais de enfermagem na sala de vacina. *Nursing (São Paulo)*; 23(260): 3533-3536,2020.

SILVEIRA. **Perfil epidemiológico dos casos de sarampo no paraná, nos anos de 2019 e 2020**. 2020. Disponível em: http://200.150.122.211:8080/jspui/handle/231_02004/183 Acesso em: 13 de Jul. 2021.

Sociedade brasileira de imuniza o. **Calendário de vacina o sbim prematuro**. 2020. Disponível: <https://www.clidip.com.br/wp-content/uploads/2018/03/sbim-calendarios.pdf>. Acesso em: 17 de Ago. 2021.

SOUZA, et al. **Aspectos epidemiológicos das internat es por sarampo no Brasil entre 2018 e 2019**. *Revista Saber Digital*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 88-98, dez. 2020.

TEMPORÃO. O Programa Nacional de Imuniza es (PNI): origens e desenvolvimento. *História, ciências, saúde-manguinhos*, v. 10, p. 601-617, 2003.

VIEIRA, et al. Estrutura e localiza o dos serviços de vacina o influenciam a disponibilidade do tríplice viral no Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, p. 1-6, 2020.

WANDERLEY, et al. **Perfil epidemiológico das ocorrências de sarampo no Brasil nos últimos 5 anos**. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.1, p.3784-3794 Jan. 2021.

O CUIDADO À CRIANÇA COM EPILEPSIA: COMBATENDO O DESCONHECIMENTO E O PRECONCEITO

Data de aceite: 01/02/2022

Debora Rangel Moreira

<http://lattes.cnpq.br/3197084857782001>

Suely Lopes de Azevedo

<http://lattes.cnpq.br/7037419220753161>

Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta

<http://lattes.cnpq.br/7216487212288804>

Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/2287233991982944>

André Ribeiro da Silva

<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

Sueli Oliveira da Silva

<http://lattes.cnpq.br/8852880723037030>

Maria Lucia Costa de Moura

<http://lattes.cnpq.br/9567448441307792>

Jean Christ Cédras Capo-chichi

<http://lattes.cnpq.br/5503896351660959>

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo ressaltar a importância do cuidado especializado voltado para a criança portadora de epilepsia. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, descritivo, com abordagem qualitativa, que busca refletir sobre a importância da informação sobre a epilepsia, seu controle e tratamento como destaque para a necessidade de mudança de atitude da sociedade sobre o tema. A pesquisa bibliográfica foi realizada no ano de 2019, a partir do levantamento de evidências nos estudos

publicados e disponíveis gratuitamente online, incluindo livros, artigos científicos e páginas de websites e trabalhos acadêmicos. Após análise dos estudos, foram selecionados 10 estudos e identificadas duas categorias temáticas. Pode-se dizer que a epilepsia é uma das condições que mais afeta o comportamento e a qualidade de vida, não só da pessoa que tem epilepsia, mas também de toda a família. Crianças com epilepsia vivenciam o estigma da doença, são prejudiciais no cuidado de si, experimentando medo e preconceito. Ressalta-se que a assistência em saúde à criança portadora de epilepsia deve ser multidisciplinar para favorecer mudança de atitude da sociedade em relação a patologia em tela. As estratégias assistenciais e educacionais devem ser incorporadas nos serviços para estimular mudanças no comportamento, sendo ferramentas eficazes a serem utilizadas pelos profissionais de saúde, que devem compartilhar informações fidedignas que esclareça sobre a epilepsia, para que haja maior aceitação da doença, menor preconceito e reconhecimento da existência de estigmas e discriminação contra pessoas que portam com epilepsia.

PALAVRAS-CHAVE: Epilepsia, Preconceito, Educação em saúde, Estigmas.

ABSTRACT: The present study aims to emphasize the importance of specialized care of children with epilepsy. This is a descriptive, bibliographic review study with a qualitative approach, which seeks to reflect the importance of knowledge on epilepsy, its control and treatment as an emphasis on the need to change society's attitude about this topic. The

bibliographic research was carried out in 2019, based on the survey of evidence in open access published studies available online, including books, scientific articles and pages of websites and academic works. In order to respond to the objectives proposed by the study, it was organized into two subgroups. People with epilepsy often experience stigma, which tends to be more harmful than the condition itself. In general, it can be said that epilepsy is one of the conditions that most affects the behavior and quality of life, not only of the person who has epilepsy, but also of the whole family, especially due to the existing stigma. In recent decades, studies on information phenomena have intensified, motivated mainly by the massive insertion and use of technologies and information in human productive activities. It is emphasized that continuing education must be understood as a way of changing society's attitude towards the pathology in question. Assistance and educational strategies must be incorporated into health services to stimulate changes in behavior, being an effective tools to be used by health professionals, who must share reliable information that sheds light on epilepsy, which could lead to a greater acceptance of the disease, less prejudice and recognition and the existence of stigma and discrimination against people with epilepsy.

KEYWORDS: Epilepsy, Prejudice, Health Education, Stigma.

1 | INTRODUÇÃO

A epilepsia é considerada uma das patologias mais comuns dentre as enfermidades da neurologia, cerca de 50 milhões de pessoas no mundo e estima-se que 80% dos países não possuem legislação apropriada sobre a doença, e mais da metade desses pacientes não recebem tratamento (OMS, 2017). No Brasil a epilepsia afeta cerca de 3 milhões de pessoas e já pode ser considerada um problema de saúde pública pois afeta qualquer indivíduo, em todas as faixas etárias e nível socioeconômico (OPAS, 2018).

Estima-se que de 3% a 10% das crianças até cinco anos de idade tenham pelo menos uma crise convulsiva na vida, fato que se deve às características do cérebro imaturo e em desenvolvimento. Da totalidade dos casos de epilepsia infantil, uma média de 70% a 80% desaparece na adolescência, portanto, apenas 20% a 30% podem ser consideradas graves e permanecem até o fim da vida (BREINIS, 2020)

Aproximadamente 5-10 crianças em cada 1000 sofrem de epilepsia, a forma grave é a quarta condição global nas cargas de morbidades, com uma prevalência na infância maior que o dobro na população adulta em geral, sendo que a maioria das pessoas com epilepsia começou a apresentar crises antes dos 20 anos e, mais de 50% dos casos tiveram início na infância. As crises epiléticas são mais comuns em bebês, crianças e idosos, onde ocorrem de diferentes formas e variam conforme a área do cérebro atingida, decorrente das modificações do cérebro no decorrer da vida (LIMA, BRITO, FARIAS, 2018, OMS, 2015).

De acordo com o Instituto Funcionalista de Neurologia, Neurocirurgia e Reabilitação (2020) a epilepsia infantil pode ter causas temporárias e reversíveis, inclusive ter cura com o tratamento adequado. Em casos de difícil controle, a criança pode ter prejuízo cognitivo e motor, gerando algum comprometimento em sua vida cotidiana. Nas crises

epilépticas focais ou parciais nas quais as descargas cerebrais anormais se restringem a uma determinada área do cérebro pode não haver perda de consciência (BREINIS ,2020).

Crianças com epilepsia apresentam frequentemente transtornos neuropsiquiátricos e alguma dificuldade de aprendizado que pode estar relacionada à própria doença ou outros fatores envolvidos no processo de escolarização, como baixa expectativa dos familiares/profissionais, rejeição de professores e colegas, baixa autoestima e funcionamento familiar. Sabe-se que crianças com epilepsia sofrem com os prejuízos causados pelo estigma na escola e que esse fato contribui para a mácula na vida adulta (CAMPOS, 2015).

Apesar do avanço da medicina, maior interesse dos profissionais pela especialidade da neurologia, implemento das tecnologias em saúde para o diagnóstico precoce, controle e tratamento da epilepsia, o que se observa é que a patologia ainda é considerada, na atualidade, como uma condição de saúde historicamente carregada de mitos, preconceitos e estigmas. Essa realidade reflete na percepção equivocada da doença pela sociedade, o que impacta no tratamento, no enfrentamento e na auto aceitação da patologia (GOLFETTO, MORETTO, DAMETTO, 2020).

Crianças com epilepsia vivenciam o estigma, muitas vezes mais prejudicial que a própria condição em si causando um impacto biopsicossocial na vida das pessoas. Porém, este aspecto do estigma é pouco abordado, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde superstições, atitudes negativas e falta de informação dificultam a relação da comunidade com a epilepsia (MOURA, 2014).

O enfermeiro precisa prestar uma assistência integral à criança e sua família, perpassando todas as dimensões do ser humano visando o cuidado holístico e contínuo. Ao proporcionar um cuidado à criança com epilepsia, deve-se refletir acerca da qualificação da prática profissional, promoção da saúde e melhoria do bem-estar destas pessoas.

Neste contexto, o estudo objetiva identificar evidências na literatura científica sobre a assistência em saúde voltada para a criança com a epilepsia e descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para superar o estigma, o medo e o preconceito em relação à epilepsia infantil. Destaca-se a relevância do estudo no sentido de oportunizar a reflexão sobre a necessidade de os profissionais de saúde oferecerem uma assistência holística e qualificada nos serviços de saúde, além compreender as diferentes concepções da doença e os multifatores que envolvem sua manifestação, desde o início da medicina até o surgimento da neurologia e epileptologia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e de natureza qualitativa, a partir do levantamento de referências teóricas publicadas sobre o tema epilepsia infantil em bases de dados eletrônicas previamente selecionadas. Para Gil (2017) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em materiais já elaborados que na maioria das vezes ajudam o

pesquisador a não perder tanto tempo na hora da busca de material em campo.

A busca e a seleção das evidências foram realizadas nas bases de dados eletrônicas do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), da *Science Direct* e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Google Acadêmico no mês de dezembro de 2021. Para a pesquisa complementar foram utilizados livros, webinários, trabalhos acadêmicos, sites governamentais, redes sociais webinários e blogs de especialistas em epilepsia infantil.

Como estratégia de busca foram selecionados os descritores em ciência da saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): Assistência infantil/Child care; Epilepsia/Epilepsy; Preconceito/Prejudice; Educação em saúde/Health education; Estigmas/ Stigma conectados pelo operador booleano “and”. Os estudos selecionados através da leitura dos resumos obedeceram aos critérios de inclusão, a saber: artigos originais sobre a temática, publicados nos últimos dez anos nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, acesso livre e no formato online.

A busca e seleção dos artigos seguiu a seqüência metodológica proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2019), com as seguintes etapas: elaboração da pergunta da revisão; busca e seleção dos estudos; extração de dados; avaliação crítica dos estudos, síntese e apresentação dos resultados. A pré-seleção dos artigos foi realizada a partir dos títulos e resumos das publicações selecionadas de acordo com os critérios preestabelecidos. Para a seleção da amostra, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos estudos, sendo excluídos os que não estavam relacionados ao objetivo, fora período de tempo pré-estabelecido, duplicados, bem os textos que não estavam disponíveis na íntegra.

3 | RESULTADOS

Após as buscas realizadas nas bases de dados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 35 artigos, sendo que 23 artigos foram excluídos pois estavam duplicados nas bases de dados e/ou não atenderam aos propósitos do estudo. Assim, 12 artigos compuseram a amostra final do estudo. A distribuição dos artigos é descrita e sintetizada pela caracterização dos mesmos quanto à base de dados, ano de publicação, periódico, título do artigo, objetivo e os principais resultados dos estudos.

Periódico/ Ano	Autor	Título	Objetivo	Principais resultados
Novel Aspects on Epilepsy, Prof. Humberto Foyaca-Sibat: IntechOpen p.131-157, out 2011.	Magiorkini, E.; Sidiropoulo, K.; Diamantis, A.	Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century	Discutir sobre a história da epilepsia: desde o seu surgimento na antiguidade até o século XX.	A história da epilepsia intervém com a história da humanidade. Um dos primeiros descrições de crises epilépticas podem ser rastreadas até 2.000 a.C. O médico Hughlings Jackson foi precedido por estudiosos holandeses, alemães, ingleses e franceses que desenvolveram o pensamento científico sobre a epilepsia
Epilepsia.; v.58,n4, 522-530. 2017	Fisher R.S C, et al.	Operational classification of seizure types by the Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology International League Against Epilepsy	Reconhecer os tipos de crises que podem ter um início tanto focal como generalizado, Permitir uma nova classificação para incluir alguns tipos de crises epilépticas	A nova classificação não representa uma mudança fundamental, mas permite maior flexibilidade e transparência na nomeação dos tipos de crises.
CoDAS v. 29, n. 1,. e20150236. Março. 2017	Hopker, Christiane del Claro, et al.	A pessoa com epilepsia: percepções acerca da doença e implicações na qualidade de vida	Analisar percepções de pessoas com epilepsia acerca da doença e seu impacto na qualidade de vida.	Evidenciou-se o predomínio do conhecimento restrito dos participantes acerca da epilepsia e o impacto negativo que o estigma relacionado a tal doença acarreta na qualidade de vida
Jornal de Pediatria [online]. 2015, v. 91, n. 6 Suppl 1. 2017	Zuberi, S. M.; Symonds, Joseph	Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância	Analisar a base de evidências atual para o diagnóstico e tratamento das epilepsias da infância e chamar a atenção para as lacunas atuais nessa base de evidências	Na maioria dos pacientes, o controle bem-sucedido das crises pode ser obtido com uma única medicação. Contudo, uma minoria significativa desenvolve doença refratária.
Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v.15, n.2 p.167-172. Jan. 2017.	Fernandes, F.o C.;Dias, J.A.	Interpretação da diretriz da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) "Epilepsia e Trabalho: Rastreamento" utilizando a razão de verossimilhança	discutir a utilização da razão de verossimilhança na avaliação clínica de exames médicos, notadamente no EEG, objetivando comparar os resultados obtidos com essa metodologia da medicina baseada em evidências.	O EEG não mostrou ser importante no rastreamento da epilepsia, sempre tendo valor menor do que a percentagem de falso-positivos, mesmo nos casos em que se considera a especificidade de 98,0%, corroborando as recomendações da diretriz.

<p>Estudos de Sociologia. Araraquara [S. l.], v. 24, n. 47, p. 351-370. Jul./Dez 2019.</p>	<p>Golfetto, V.; Dametto, J.; Moretto, C. F</p>	<p>O discurso médico-científico acerca da relação epilepsia e trabalho: Prescrições, limites e possibilidades ao sujeito trabalhador</p>	<p>identificar como a epilepsia foi concebida no ocidente até ser encampada pelo saber científico e como esse saber discorreu a respeito da capacitação ou da incapacitação do sujeito acometido para o trabalho remunerado</p>	<p>Vários fatores influenciam na funcionalidade e na (in)capacidade do sujeito com epilepsia no mundo do trabalho, para além da forma de sua doença, indo desde a falta de informação sobre suas causas, sobre as perspectivas de tratamento e procedimentos a serem utilizados durante uma crise, até a ausência de políticas de formação e empregabilidade específicas para essa parcela da população.</p>
<p>Revista de Medicina e saúde, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 170-181, 2020.</p>	<p>Costa, L. L. O.; Brandão, E.C.; Marinho Segundo, L.M.B</p>	<p>Atualização em epilepsia: revisão literária</p>	<p>Descrever a atualização sobre definições tipos de epilepsia, classificações etiológicas, diagnóstico, principais tratamentos farmacológicos e alternativos.</p>	<p>Através definição do tipo de crise epilética e a identificação da causa é possível delinear o tratamento apropriado, conduzido de acordo com a singularidade e a resposta de cada paciente, promovendo dessa forma, uma escolha terapêutica satisfatória e melhoria da qualidade de vida, minimizando ou mesmo excluindo danos.</p>
<p>Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery v.39, n.1. p. 27-32, jun. 2017.</p>	<p>Passos,, G.A.R.</p>	<p>História e evolução da cirurgia para epilepsia: com pesquisa bibliográfica</p>	<p>Atualizar o conhecimento sobre as técnicas e tecnologias para o melhor entendimento, diagnóstico e manejo da epilepsia. Compreender o histórico e evolução da atual posição da cirurgia para tratamento e controle das epilepsias.</p>	<p>Evolutivamente, nos últimos séculos, novas técnicas e tecnologias nos propiciaram o melhor entendimento, diagnóstico e manejo dessa enfermidade. Assim, torna-se importante o conhecimento histórico e evolutivo para que possamos compreender melhor a atual posição da cirurgia para tratamento e controle das epilepsias</p>

Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, [s/l], n 68, Jun, 2020.	Golfetto,V.; Moretto,C.F., Darnetto,J.	A incapacidade da pessoa com epilepsia no âmbito biopsicossocial: análise dos domínios para o contexto brasileiro	avaliar os domínios da incapacidade da pessoa com epilepsia no âmbito biopsicossocial por meio do Subjective Handicap of Epilepsy (SHE).	.Os participantes sinalizam a percepção de desvantagem mais acentuada no domínio pessoal, físico e no sentimento sobre si mesmo, associada às próprias crises, estigmas, baixa autoestima, dificuldades de lidar com situações adversas e baixa efetividade no trabalho.
Braz.J. Hea. Rev, v.3, n.6, p.19801-19810 nov./dez. 2020.	Teixeira, M.M.,Silva, Chrystiann Ferreira	Epilepsia e depressão: fatores neuropsicológicos e sociais	buscar uma relação entre epilepsia e depressão, evidenciando aspectos que possuem impacto direto na qualidade de vida desses pacientes	Há uma relação direta e indireta entre epilepsia e depressão. Deve-se referenciar esses pacientes para um centro especializado multidisciplinares para definir melhores o tratamento
Revista de Patologia do Tocantins, v.8,n.1, 2021	Souza, I.F, et al.	Perfil Epidemiológico da epilepsia e mal epilético em pacientes menores de 19 anos no estado do Tocantins entre 2007 a 2017	Obter um panorama dos dados existentes sobre morbimortalidade em pacientes portadores de epilepsia e mal epilético menores de 19 anos no estado do Tocantins entre 2007 a 2017.	Devido ao aumento do número de internações e óbitos, é necessário medidas de educação em saúde e cuidados no manejo da crise, além de maiores estudos sobre epilepsia e controle de crise, visando minimizar os danos que essa doença possa causar às crianças e adolescentes.
Cureus v.13, n.3, p. e13953. 2021.	Kaculini C M, Tate-Looney A J, Seifi A	The History of Epilepsy: From Ancient Mystery to Modern Misconception.	discutir a história da epilepsia como também a evolução das percepções sociais em relação às pessoas com epilepsia ao longo do tempo.	Apesar dos avanços que foram feitos, ainda existem muitos equívocos em relação à epilepsia. Estudos mostram que compreender a patologia e a causa de convulsões é importante para as pessoas serem mais bem sucedidas em ambientes sociais e educacionais.

Quadro 01: Caracterização dos estudos selecionados. Rio de Janeiro, 2022.

Fonte: Os autores, 2022.

Após análise crítica e caracterização dos dados extraídos das publicações selecionadas foi possível destacar os principais aspectos considerados relevantes para a compreensão da epilepsia infantil desde o surgimento do termo nos primórdios da história até o aprimoramento científico na área de neurociências e epileptologia. Destaca-se os fatores que interferem na forma de assistir em saúde ao longo dos anos e o impacto negativo que o estigma relacionado à epilepsia acarreta na qualidade de vida das famílias e das crianças que sofrem de crises epiléticas

Foram identificadas 3 categorias após análise dos estudos selecionados para o estudo em tela, a saber: 1) Reescrevendo sobre as concepções históricas da epilepsia ao longo dos anos: Mitos ou Verdades?; 2) Definição, classificação, diagnóstico e tratamento da epilepsia e 3) Assistência de Enfermagem à família e a criança com epilepsia: protocolos assistenciais em saúde.

3.1 Reescrevendo sobre as concepções históricas da epilepsia ao longo dos anos: Mitos ou Verdades?

Historicamente a epilepsia é considerada como uma condição de saúde que envolve diferentes concepções de cunho social, religioso e psicológico, onde os preconceitos, mitos e estigmas são predominantes desde a sua descoberta, o que afeta as pessoas que convivem com a doença e a sociedade em geral. É uma das poucas doenças neurológicas que tem sido descrita desde a Antiguidade, datando os primeiros registros de mais de 3000 anos (COSTA, BRANDÃO, MARINHO SEGUNDO, 2020).

A epilepsia foi referida pela primeira vez na Grécia Antiga, cujo significado era “tomado, atacado, possuído” embora já houvesse a descrição de Hipócrates sobre a doença dissociando-a de uma origem divina, sagrada ou demoníaca, onde afirma que o cérebro era o responsável pelas crises e outras manifestações físicas. No antigo Egito, nos papiros cirúrgicos de Edwin Smith datados do ano de 1700 a.C encontram-se registros de pessoas acometidas por manifestações semelhantes à epilepsia. Registros de obras épicas e da Medicina Grega de Homero e Hesíodo (séc.VIII/VII a.C.) faziam a menção de que todas as doenças eram tidas como consequência de ataques ou possessões por parte dos deuses e demônios. Essa cultura concebia um mundo assombrado por espíritos maléficos, manifestadas como sinais de desagrado divino ou de intrusão de demônios (PASSOS, 2020).

No século XIX, com o avanço da neurofisiologia surgiram novas concepções da epilepsia, que passou a ser definida pela comunidade científica como uma doença neurológica de origem cerebral. Assim, o neurologista britânico, John Hughlings Jackson, considerado um dos pioneiros da neurologia, propôs uma base anatômica e fisiológica organizada para a hierarquia e localização das funções cerebrais, contribuindo significativamente para o tratamento e compreensão da doença (FERNANDES, DIAS, 2017).

O desconhecimento sobre a epilepsia tem sido considerado um grande determinante para a rejeição social das pessoas que convivem com a doença., como também para a ideia equivocada de atribuir à pessoa doente sentimento de impotência, fragilidade, o que afeta toda a sociedade (HOPKER, et al, 2017).

3.2 Definição, classificação, diagnóstico e tratamento da epilepsia

3.2.1 Definição

A epilepsia é uma doença neurológica paroxística crônica, constituída por diversas etiologias sendo enquadrada dentro de um complexo sindrômico, ou seja, que englobam múltiplas síndromes e diferentes tipos de crises epilépticas, nesta linha observa-se sua manifestação resultante de uma descarga elétrica excessiva e anormal do cérebro, podendo se apresentar com agitação motoras, sensitivas, viscerais e comportamentais, acompanhadas ou não por déficit da consciência, o que vai depender do tipo de crise e sua classificação (GOLFETTO, DAMETTO, MORETTO, 2019).

Os conhecimentos anatomopatológicos, eletrofisiológicos e neuropsicológicos e dos resultados cirúrgicos, associado a métodos inovadores de diagnóstico por imagem, o que proporcionou uma nova abordagem mundial sobre as epilepsias, com resultados excepcionais agregados a maior qualidade de vida (PASSOS, 2020).

Em 2005, novas significações, definições e características dos termos de crise epiléptica e epilepsia foram propostas pela Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE). Em casos mais complexos da doença pessoas com epilepsia aumentam a dependência de terceiros, impossibilita o indivíduo de administrar sua própria vida, o que gera incerteza, impotência, situações limitantes, restrições, além de interferir na capacidade laborativa e de integração social (FERNANDES, DIAS, 2017; GOLFETTO, DAMETTO, MORETTO, 2020, FISHER, et al., 2020).

3.2.2 Classificação da epilepsia

A revisão da classificação, que tem sido utilizada na forma modificada desde 1981, foi motivada por vários fatores. Alguns tipos de crises, por exemplo, crises tônicas ou espasmos epilépticos, podem ter um início tanto focal quanto generalizado. A falta de conhecimento sobre o início da crise tornava-a inclassificável (COSTA, BRANDÃO, MARINHO SEGUNDO, 2020).

A última classificação da ILAE fornece características clínicas e destaca o exame de eletroencefalograma (EEG) como importante meio para classificar o tipo da crise, principalmente, em epilepsias focais nas quais a atividade epileptiforme pode ajudar a identificar sua localização. Muitas síndromes de epilepsia estão associadas a achados particulares no EEG, que já identificou cerca de 31 síndromes de epilepsia, portanto essa investigação pode ser muito útil para auxiliar a classificação da epilepsia. Entretanto, muitas das epilepsias que não se confortam como um diagnóstico sindrômico ainda podem ser descritas em termos de tipos de convulsão e etiologia (ZUBERI, SYMONDS, 2015). Na atual classificação a epilepsia pode ser dividida em três grupos de crises: focais, generalizadas e não classificáveis, conforme demonstrado na figura abaixo:

Classificação dos Tipos de Crises da ILAE 2017

Esquema expandido



Figura 01 – Classificação dos tipos de Crises da ILAE, 2017.

Fonte: FISHER, et al. 2017

As crises focais são conceituadas através de redes limitadas a um hemisfério e poderão progredir de forma a envolver ambos os hemisférios e resultar em características convulsivas bilaterais. A crise pode ser focal ou parcial, quando o foco epileptogênico é restrito a uma região cerebral (unifocal) ou mais regiões (multifocal). Em ambas situações a crise pode se apresentar de forma disperceptivas (perda de consciência “complexa” ou generalizada) ou perceptiva (com preservação da consciência). Conforme a classificação descrita as manifestações sintomáticas podem ser motoras e não motoras conforme o comprometimento do hemisfério afetado (FISHER, et al. 2017).

De acordo com a ILAE (2017) as crises que ocorrem em situações que não pode ser determinado o início da crise, são nomeadas como não classificáveis ou com características adicionais, e incluem manifestações motoras (tônico-clônica e espasmos epilépticos) e não motora (paragem de atividade). Pode ocorrer durante o sono, por exemplo, sendo impossível definir se o início da crise foi tônico-clônico, por isso uma crise de início desconhecido pode ser posteriormente classificada como focal ou generalizada (FISHER, et al. 2017; COSTA et al. 2020).

3.2.3 Tratamento da epilepsia

Com o avanço da ciência na neurologia, no século XX, houve importantes crescimento na biologia molecular com conexão de genes, métodos de neuroimagem e maior conhecimento dos mecanismos da epilepsia e das crises epilépticas, o que contribuiu para a criação de medicamentos mais eficazes para o tratamento e controle da doença (MAGIORKINIS, SIDIROPOULOU, DIAMANTIS, 2010).

A escolha adequada das drogas antiepilépticas é baseada nas informações colhidas sobre o tipo de crise e/ou síndrome epiléptica, idade, tolerabilidade, segurança e eficácia das drogas. O controle completo das crises é o principal objetivo da terapia farmacológica, no entanto, cerca de 20% a 30% dos pacientes não conseguem o controle total, podendo até ter o controle parcial, mas não obtêm remissão completa das crises, nestes casos a cirurgia é indicada quando avaliada a possibilidade (COSTA, et al. 2020).

Na epilepsia infantil o tratamento deve receber uma abordagem totalizante, considerando as necessidades e expectativas individuais da criança e de sua família, o que irá demandar necessidades e cuidados terapêuticos diferenciados, dependendo do tipo de síndrome epiléptica e outros fatores multidimensionais.

O tratamento e controle da epilepsia, principalmente na infância, deve-se levar em consideração todas as opções terapêuticas. Nos casos em que a terapia medicamentosa não oferece controle eficaz em crianças que apresentam crises múltiplas e refratárias, a cirurgia de epilepsia, dieta cetogênica e técnicas de neuroestimulação são indicadas. A cirurgia permite que algumas crianças cuja epilepsia seja refratária ao tratamento medicamentoso fiquem livres das crises e pode reduzir substancialmente a quantidade de crises em outras pessoas (ZUBERI, SYMONDS, 2015).

Já a estimulação do nervo vago é um método minimamente invasivo que também consiste no tratamento alternativo de epilepsia refratária. Trata-se de um gerador de pulso que é implantado na região subcutânea, abaixo da clavícula na mesma posição do marca-passo cardíaco (COSTA, et al. 2020).

3.3 Assistência de Enfermagem à família e a criança com epilepsia: protocolos assistenciais em saúde

Ao longo dos anos o conceito, controle e tratamento da epilepsia sofreu influências que levaram as pessoas a considerarem a doença de forma estigmatizada. Com o avanço da ciência da neurologia, das tecnologias em saúde voltadas para o diagnóstico e terapêuticas diferenciadas, a abordagem em relação à doença teve novas concepções.

Entretanto a doença ainda gera diversas limitações e impactos na qualidade de vida, pois criam-se barreiras intencionais e não intencionais quanto à inserção na sociedade como, por exemplo, na escola e no mercado de trabalho, diminuindo, assim, a potencialidade de ajuste socioprofissional destes indivíduos (BRAGA, GIANVECCHIO, 2014).

Estudos apontam para o fato de que a gravidade da doença, baixa adesão ao tratamento, falta de treinamento dos profissionais de saúde e poucos recursos educacionais podem interferir na frequência escolar, inserção no trabalho, interação social e na qualidade de vida dos envolvidos (KAROLINI et al.,2021).

As pessoas que convivem com uma doença neurológica crônica grave, com maior incidência no mundo, devem enfrentar, além dos problemas e limitações decorrentes dos fatores orgânicos da doença, o estigma e o preconceito, o que pode ocasionar sérios impactos na vida do indivíduo como, por exemplo, o isolamento social que pode contribuir para patologias psiquiátricas (HOPKER et al, 2017). Outro fator que compromete o controle da doença é o desempenho escolar e o baixo nível socioeconômico das famílias (BRAGA et al.,2012).

Essa evidência também foi apontada nos estudos de Lunardi, Alves e Salles, (2014) e de Fernandes e Dias (2017) onde destacaram que em função do ingresso no mercado de trabalho está cada vez mais competitivo, intensificado pelo crescente índice de desemprego, a pessoa epiléptica fica em posição de desvantagem, mesmo sendo qualificadas profissionalmente para o desempenho da atividade laborativa.

Ressalta-se que identificar e prevenir as dificuldades e necessidades afetadas permite ao profissional de saúde oferecer apoio integrado aos familiares/criança, o que irá contribuir para o maior controle da epilepsia. A falta de conhecimento, de comunicação efetiva e apoio entre pais/criança/adolescente/professores e os profissionais da saúde pode ocasionar riscos diversos para a vida da criança/adolescente que convivem com patologias crônicas que apresentam episódios agudos, especialmente, em eventos críticos, como durante uma crise epiléptica ou diabética (COSTA, BRANDÃO, MARINHO SEGUNDO, 2020).

Ressalta-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado das crianças com epilepsia nos serviços de saúde. Estudos com familiares e crianças com epilepsia apontou para o fato de que o enfermeiro foi o profissional que mais orientou e esclareceu sobre a doença. Conseqüentemente, capacitar e treinar profissionais de saúde tem sido recomendado como meio de melhorar o acesso aos cuidados de epilepsia nos diferentes níveis de atenção à saúde (KENGNE et al.,2008; SERIGATTI, PADULA, WATERS, 2020).

Assim, a atuação inicial do enfermeiro na assistência à criança com epilepsia, durante uma crise, independentemente do tipo de crise, será sempre de proteger a criança contra traumas e assegurar que suas vias aéreas estejam desobstruídas para que a ventilação ocorra adequadamente. No decorrer da crise epiléptica, são totalmente proscritas introduzir a mão ou qualquer objeto na boca; alimentar, fazer uso de força ou medidas de contenção na criança (KOIZUMI, DICCINI, 2006).

Diversos estudos estabelecem protocolos assistenciais para o atendimento hospitalar e extra- hospitalar junto às crianças com epilepsia infantil (ZUBERI, SYMONDS,

2015). Considerando a amplitude de sua incidência, a epilepsia ganha relevância devido ao seu efeito no âmbito psicossocial e econômico em face à diversidade de limitações no desempenho de atividades ou de restrições sociais atribuídas à doença, dessa forma, a história clínica, progressiva, exame clínico e descrição das crises pelo paciente, por parentes ou por testemunhas são fundamentais para o diagnóstico e tratamento da epilepsia (GOLFETTO, MORETTO, DAMETTO, 2019).

Durante uma crise epiléptica no ambiente hospitalar, a conduta da equipe de enfermagem consiste na acomodação da criança no leito monitorado, discriminando o risco de queda, lesões, broncoaspiração acionando a equipe médica, também realizaram a administração medicamentosa recomendada pela equipe médica e a oxigenoterapia em casos necessários.

O protocolo de normas e condutas para atuação do enfermeiro ao presenciar uma criança apresentando crise epiléptica fora do âmbito hospitalar, consiste em primeiro lugar manter a calma. Se a criança estiver em pé ou sentada faz-se necessário deitá-la no chão, afrouxar as roupas e caso a criança use óculos removê-lo, lateralizar a criança para reduzir o risco de broncoaspiração de fluido caso ocorrer vômitos ou produção excessiva de saliva. Marcar a duração do episódio convulsivo, avaliar a área ao redor da criança com objetivo de visualizar se há objetos que possam lesioná-la. Sempre nos casos em que se faz necessário entrar em contato com serviço de atendimento móvel de Urgência acalmar o ambiente, familiares e pessoas presentes (HOCKENBERRY, WILSON RODGERS, 2018).

Os Profissionais de saúde, independentemente do local de atuação, devem estar preparados e aptos a oferecer um cuidado humanizado e holístico às crianças com epilepsia e seus familiares já que em muitas ocasiões são estigmatizados. O diferencial do profissional de saúde que atua neste cenário é ter habilidades, competências e conhecimento técnico além de agregar no cuidado, amor e empatia, destaca-se que o cuidado adequado, a criação de protocolos assistenciais tanto como a criação de bondades voltados para o cuidado da criança e de seus familiares além do acesso rápido e especializado aos serviços de saúde, evidencia-se a necessidade da desconstrução do preconceito e estigmas em relação à doença e às pessoas que com epilepsia (SERIGATTI, PADULA, WATERS, 2021).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epilepsia, ainda causa na sociedade uma série de preconceitos e mitos, sobre sua origem, causalidade e sintomas. Entende-se que a epilepsia infantil é uma patologia muito comum, mas ainda é pouco abordada e gera desconforto, o que remete para a necessidade de mais estudos científicos sobre o assunto. Observa-se um alto índice de preconceito aos que sofrem com a epilepsia. Tal preconceito se manifesta de diferentes formas, no entanto, sua fundamentação se dá em boa parte pela falta de informação, causando aos indivíduos que possuem epilepsia um grande impacto emocional.

O fato é que atualmente podemos afirmar que o conhecimento sobre a epilepsia infantil é limitado, principalmente em relação a sua causa e tratamento. O amplo atendimento multidisciplinar e multiprofissional voltado para as famílias, crianças/adolescentes que convivem com a doença são necessárias em todos os níveis de assistência nos serviços de saúde. Torna-se urgente, implementar estratégias para combater o obscurantismo que gera preconceito, discriminação e estereótipos àqueles que vivem inseridos neste contexto de epilepsia, o que impacta na vida das pessoas.

No tocante à enfermagem, treinamentos e capacitação técnico-científica no manejo da crise convulsiva e epiléticas nas emergências pediátricas são essenciais, pois as crises convulsivas são comuns na infância, com manifestação aguda, o que demanda atendimento rápida, eficaz e livre de danos ao paciente no pronto-atendimento e nos setores de urgência.

Neste contexto, acredita-se que o esclarecimento significativo e campanhas educativas sobre a epilepsia, possa contribuir de forma efetiva para mudança de comportamento e desmistificação acerca da doença, a partir do reconhecimento da existência de estigmas e discriminação contra as famílias e os indivíduos, crianças e/ou adultos que convivem com epilepsia.

Diante dessa realidade, cabe aos profissionais de saúde, principalmente, ao enfermeiro, devido ao seu papel de educador, levar conhecimento que constitua em qualidade de vida e segurança emocional para as pessoas que sofrem com epilepsia, assim como implementar ações intervencionistas que auxiliem a desmistificar os estigmas, mitos e o preconceito em torno da doença.

REFERÊNCIAS

BRAGA, L.C.; GIANVECCHIO, V.A.P. Condições norteadoras para caracterização de incapacidade laborativa por epilepsia. **Saúde Ética & Justiça**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 67-77, dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática; tradução de Li Li Min. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 17p.

BREINIS, P. Epilepsia na infância: Quais cuidados devem-se ter com crianças epiléticas? Site eletrônico da Folha de Londrina. **Neuroped** Atualizado em 2020. Disponível em: <<https://www.bonde.com.br/saude/tire-suas-duvidas/quais-cuidados-devem-se-ter-com-criancas-epileticas--101477.html>>. Acesso em 10 dez 2021

CAMPOS, M.C. Educação e promoção em saúde: um estudo de caso sobre a aprendizagem de crianças com epilepsia no lobo temporal e frontal em idade escolar. **Dissertação** (Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Canoas, 2015. 56p.

CARLOS VOGT, C. **Neurociências Epilepsia a Luz da ciência**, SBPC/Labjor Brasil, 2002. Disponível em: <<https://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/epilepsia/ep01.htm>>. Acesso jan de 2019.

COSTA, V.A.L.D. A. Epilepsia: contextualização Histórica. março. 2014. 34 f. **Dissertação (Mestrado)**. Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal: Porto

COSTA, L.L.O.; BRANDÃO, E.C.; MARINHO SEGUNDO, L.M.B. Atualização em epilepsia: revisão de literatura. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 170-181, 2020.

FERNANDES, F. C.; DIAS, J. A. Interpretação da diretriz da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT). Epilepsia e Trabalho: Rastreamento utilizando a razão de verossimilhança. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 2, n. 15, p.167- 172. 2017.

FISHER, R.S, CROSS, J. H, FRENCH, J. A, HIGURASHI, N.; HIRSCH, E., JANSEN F.E. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: **Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia**.;v. 58, n4, p 522-530. 2017.

FONTENELE, L. M. C. Epilepsia e estado de mal epiléptico. In: CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D. A. R. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Tratado de Pediatria**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2021. p.1945-1948.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODRIGUES, C.C. **WONG- Fundamentos de enfermagem pediátrica** [tradução Eliseanne Nopper, Flor de Letras, Sueli Toledo Basile]. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 1320p

HOPKER, Christiane del Claro et al. A pessoa com epilepsia: percepções acerca da doença e implicações na qualidade de vida. **CoDAS [online]**., v. 29, n. 1, e20150236, março, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172015236>>. Acesso em 12 dez.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed., São Paulo: Atlas, 2017. 220p.

GOLFETTO, Vando; MORETTO, Cleide Fátima, DAMETTO, Jarbas.A incapacidade da pessoa com epilepsia no âmbito biopsicossocial: análise dos domínios para o contexto brasileiro. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S.L], n. 68, jun, 2020.

GOLFETTO, V.; DAMETTO, J.; MORETTO, C. F. O discurso médico-científico acerca da relação epilepsia e trabalho: Prescrições, limites e possibilidades ao sujeito trabalhador. **Estudos de Sociologia.Araraquara** [S. l.], v. 24, n. 47, p. 351-370. jul./dez. 2019.

GOLFETTO, V. A Inclusão social da pessoa com epilepsia na sociedade contemporânea. **Anais: V Congreso Virtual Internacional Desarrollo Económico, Social y Empresarial en Iberoamérica**, p. 241-252. jun. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/11832>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

GOMES, M.M. História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology [online]**. v. 12, n. 3, pp. 161-167. set. 2006.

INSTITUTO FUNCIONALISTA DE NEUROLOGIA, Neurocirurgia e Reabilitação. **Mitos e verdades sobre a epilepsia**. Publicado em 07 out 2020. Disponível em: <<https://www.funcionalita.com.br/mitos-e-verdades-sobre-a-epilepsia>>. Acesso em 12 Jan 2022.

KEDE, J., MÜLLER, V.T. GOMES, M.M. Atenção primária à saúde e epilepsia: revisão de literatura. **Epilepsia: Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**. v.14, n.4, p.177-183. set. 2008.

KENGNE, A.P., FEZEU, L.L., AWAH, P.K., SOBNGWI, E., DONGMO, S.; MBANYA, J.C. Cuidados liderados por enfermeiros para epilepsia em nível primário em um distrito de saúde rural em Camarões. **Epilepsia: Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v.14, n.4, p.1639-1642, set. 2008.

KOIZUMI, M.S, DICCINI, S. **Enfermagem em Neurociência: fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25977>. Acesso em: 01 jan. 2022

LIMA, L.J.; BRITO, R.C; FARIAS, M.C.A.D. Morbimortalidade hospitalar por epilepsia: análise de dados oficiais. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, [S.l.], v. 3, n.1, ago. 2019.

LUNARDI, G. L.; ALVES, A. P.F.; SALLES, A.C. Desenvolvimento de uma escala para avaliar o grau de utilização da tecnologia da informação verde pelas organizações. **Revista de Administração**. São Paulo, v.49, n.3, p.591-605, jul./ago./set. 2014.

MEIRA, I. D. A. Tratamento da epilepsia. In: MOREIRA, D. R. Lágrimas de superação. Vivendo a epilepsia e vencendo preconceito. 2ª ed. São Paulo: editora LUCEL. 2021. 64p. Disponível em: <<https://www.funcionalita.com.br/mitos-e-verdades-sobre-a-epilepsia>>. Acesso em 12 jan 2022.

MAGIORKINIS, E., SIDIROPOULOU, K., DIAMANTIS, A. Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century. p.131-157, out. 2011. In: **Novel Aspects on Epilepsy, Prof. Humberto Foyaca-Sibat** Ed.:IntechOpen. DOI/10.5772/19010> Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/novel-aspects-onepilepsy/hallmarks-in-the-history-of-epilepsy-from-antiquity-till-the-twentieth-century>>. Acesso em 15 dez. 21.

MAROSTICA, P. J. C.; VILLETTI, M. C.; FERRELLI; R. S. S. BARROS, E. **Pediatria de consulta rápida. 2 d**. Porto Alegre: Artmed; 2018. 1288 p

MONTEIRO, E. A.; OSÓRIO, F. L.; VERIANO JÚNIOR, A; et al. Validation of the subjective handicap of epilepsy (SHE) in brazilian patients with epilepsy. **Epilepsy Behav**, Maryland Heights, v. 24, n. 3, p. 345-351, jul. 2012.

MOREIRA, S.R.G. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. **Mental, [online]**, v. 2, n. 3, p. 107-122, Nov. 2004.

MOREIRA, D.R. **Lágrimas de superação. Vivendo a epilepsia e vencendo preconceito**. 2ª ed. São Paulo: editora LUCEL. 2021. 64p. Disponível em: <<https://www.funcionalita.com.br/mitos-e-verdades-sobre-a-epilepsia>>. Acesso em 12 Jan 2022.

MOURA, R.G.F. et al. Prevalência dos fatores intrínsecos e extrínsecos do processo de aprendizagem em crianças com epilepsia. **Rev. CEFAC**. São Paulo. vol. 16, n. 2, p. 472-478. Mar-abr, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, e20170204, fev. 2019.

PEDRINO, M.C.; LOURENÇO, G. F. Atendimento educacional de crianças e adolescentes em condições complexas de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Educação Especial**, [S. l.], v. 32, p. e117/ 1–28, dez. 2019.

PINTO, L.M. A visão do paciente, do familiar e do empregador sobre o trabalho da pessoa com epilepsia de difícil controle. **Dissertação (Medicina Interna)**. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Área de Concentração em Neurologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1884/36041>>

OLIVEIRA, R. Organização Mundial da Saúde alerta lacuna superior a 50% no tratamento da epilepsia nas Américas e no Caribe. **Revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil. Publicado em: 25/01/2019. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/organizacao-mundial-da-saude-alerta-lacuna-superior-50-no-tratamento-da-epilepsia-nas>. Acesso em 12 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público (A68/12)** (Resolución WHA68.20). Ginebra: OMS; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_12-sp.pdf . Acesso em 12 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Epilepsia**. São Paulo. 2017. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **El abordaje de la epilepsia en el sector de la salud**. Washington, D.C.: OPS; 2018.

PASSOS, G. História e evolução da cirurgia para epilepsia: com pesquisa bibliográfica **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery** v.39, n.1. p. 27-32, jun. 2020.

PEREIRA, A. C. S.; SANTOS, A. F., SILVA, T. R. L. P. Capítulo 25. Atuação da enfermagem em crianças com convulsão febril. In: **Saúde em Foco Temas Contemporâneos**. Organizador: Rossano Sartori Dal Molin. São Paulo: Editora científica digital. Volume1, p.347-353. Set. 2020.

SERIGATTI, G., PADULA, M.P.C., WATERS.C. Assistência de enfermagem ao paciente diagnóstico de epilepsia: com pesquisa bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review [online]**. v.4, n.2, p.4858-4879. mar./apr. 2021.

SILVA, F.B., FERREIRA FILHO, R.C.M. Estigma na Epilepsia: aspectos conceituais, históricos e suas implicações na escola. **Revista Thema: Visconde da Graça**, v. 11, n. 2, p. 47-59. 2014

SOUZA, E. A. P. Qualidade de vida na epilepsia infantil. **Arquivos de Neuropsiquiatria [online]**., v. 57, n. 1, p. 34-39, mar.1999.

SOUZA, P; OLIVEIRA, N.C. **Conhecimento sobre epilepsia em universitários da área da saúde: revisão sistemática**. Caderno da Escola de Saúde v. 17 n. 1, Agosto, p.25-29, 2017.

SOUZA, I. F, DIAS, A. S; SILVA, T.C.L, BITENCOURT, E. L; GUEDES, V. R. Perfil epidemiológico da epilepsia e mal epiléptico em pacientes menores de 19 anos no estado do Tocantins entre 2007 a 2017 **Revista de Patologia do Tocantins**, v.8, n.1, p. 33-37, maio. 2021.

TEDRUS, G.M.A.S.; FONSECA, L.C.; FONSECA, A.L.A.; CARVALHO, R. M.; OLIVEIRA, E.M. Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 18, n. 5/6, p. 243-250. 2012.

TEIXEIRA, M.M.; SILVA, C.F. Epilepsia e depressão: fatores neuropsicológicos e sociais. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 6, p.19801-19810 nov./dez. 2020.

ZUBERI, S. M. SYMONDS, J. D. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância **Jornal de Pediatria [online]**. v. 91, n. 6 Supl.1 p. S67-S77. dez. 2015.

ZUKERMAN, E.; BRANDT, R.A. **Neurologia e Neurocirurgia: a prática clínica e cirúrgica por meio de casos**. Barueri, SP: Manole, 2011. 478 p

SOBRE OS ORGANIZADORES

ALINE SILVA DA FONTE SANTA ROSA DE OLIVEIRA - Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Especialista em Enfermagem Pediátrica pela EEAN/UFRJ. Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes. Trabalha no CTI Pediátrico e Neonatal do Hospital Geral de Bonsucesso e possui experiência na docência tendo sido Professora Substituta do Departamento Materno Infantil da EEAN/UFRJ (2010-2011), participando no campo prático e teórico na área do conhecimento pediátrico, assim como orienta trabalhos de conclusão de curso. Atualmente é Professora Titular da graduação em Enfermagem na Faculdade Bezerra de Araújo e Professora Substituta Adjunto A da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ (20hs). Vice- coordenadora do Projeto de Extensão: Educação em Saúde do programa Hiperdia UFF. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde da Criança, Gerência em Enfermagem, Saúde Coletiva e História da Enfermagem. ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2287233991982944>. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4070-7436>.

SUELY LOPES DE AZEVEDO - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Controle de Infecção em assistência à saúde. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Associado do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Affonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora do Programa educação em saúde na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Proex/UFF. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem (NEFE/UFF) Linha de pesquisa Fundamentos metodológicos e tecnológicos dos cuidados de enfermagem e do Grupo de Pesquisa “Saberes, Práticas e Tecnologias do Cuidado de Enfermagem e Saúde (SAPRATEC/UFRJ). Linha de Pesquisa “Práticas do Cuidado de Enfermagem e Saúde”. ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7037419220753161>. ID- ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1107-3427>.

ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA - Possui Doutorado e Mestrado em Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva (UnB), Especialização em Atividade Física para Grupo Especial (UNIGRANRIO), Gestão Pública (FATAP) e Educação a Distância e as Novas Tecnologias (FATAP), Graduação em Educação Física (UCB-DF) e Pedagogia (IESA-DF). É professor e pesquisador colaborador Pleno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Núcleo de Estudos em Educação e Promoção a Saúde, do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica do Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal. Participa de Grupos de Pesquisas das Faculdade de Ciências da Saúde

da Universidade Federal de Rondônia e Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tem experiência como docente e pesquisador na área multidisciplinar. ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5198-4439>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adormece 70, 72, 77, 79, 81, 83

Aleitamento materno 20, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 60, 62, 63

Assistência 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 50, 51, 53, 54, 56, 60, 61, 92, 93, 102, 104, 105, 109, 112, 113, 115, 118, 120

Assistência de enfermagem 9, 10, 12, 13, 14, 22, 27, 28, 29, 30, 40, 44, 47, 53, 54, 109, 112, 118

Assistência ventilatória invasiva 17

Avaliação da dor 38, 70, 84, 85, 86

C

Cobertura vacinal 87, 90, 91, 93, 99, 101

Criança 4, 12, 14, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 43, 47, 48, 50, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 95, 97, 98, 102, 103, 104, 109, 112, 113, 114, 120

D

Desmame precoce 17, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63

Doença imunopreveníveis 90

Dor 5, 19, 23, 25, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 85, 86

E

Educação em saúde 87, 93, 98, 102, 105, 108, 120

Enfermagem 2, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 63, 85, 86, 87, 90, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 101, 109, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 120

Enfermagem materno-infantil 51, 52, 54

Epilepsia 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Estigmas 102, 104, 105, 108, 109, 114, 115

H

Hipnoanalgesia 67

Hipnoanestesia 67

Humanização da assistência 40, 43, 44, 46, 47

I

Imunização 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 101

L

Latejante 72, 77, 79, 83

M

Machucada 72, 78, 80

Manipulação prematuro 29, 31

N

Neonatal 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 53, 98, 120

O

Oxigenoterapia 11, 15, 16, 23, 25, 27, 28, 34, 114

P

Papel do enfermeiro 51, 52, 53, 54, 56, 60, 61

Pediátrico 64, 68, 71, 120

Preconceito 102, 104, 105, 113, 114, 115, 117

Prematuro 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 41, 42, 43, 47, 101

Prematuro extremo 15, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37

Prevenção de quedas 2, 3, 7, 9

Programa nacional de segurança do paciente 3

Q

Queimaduras 24, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Questionário da dor de McGill 70

R

Rasga 72, 79, 81

Recém-nascido 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 37, 38, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 55, 63

S

Sarampo 87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101

Segurança do paciente 1, 2, 3, 7, 9, 45

Sistema único de saúde 87, 99

T

Transporte seguro 2, 5, 6, 7, 8, 9

Tratamento de feridas 65, 67

Tremor 24, 72, 77, 79, 81

U

Unidade de terapia neonatal 29

V

Vacina 74, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 101

Ventilação mecânica invasiva 17, 28

Desafios e perspectivas





na assistência à saúde da criança



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Desafios e perspectivas na assistência à saúde da criança



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br