

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

desafios e
perspectivas
Volume IV



AYA EDITORA
2023



Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas

Vol. 4

Ponta Grossa
2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora©

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczek Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

**Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues**

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira
Miranda Santos**

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião desta editora.

S9436 Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas [recurso eletrônico]. / Daniel Fernando Ribeiro, Adriano Mesquita Soares (organizadores) -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 131 p.

v.4

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-332-3

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233

1. Promoção da saúde. 2. Tratamento intensivo pediátrico. 3. Neonatologia. 4. Odontopediatria. 5. Abrigos para jovens. 6. Adolescentes - Assistência em instituições. 7. Mortalidade infantil - Paraná. I. Ribeiro, Daniel Fernando Soares. II. Adriano Mesquita. III. Título

CDD: 613

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... 9

01

Índices preditivos de desmame da ventilação mecânica invasiva em pediatria e neonatologia 10

Mayra Fernanda Rocha Nogueira
Francielle Sabino dos Santos
Elaine Aurelina Oliveira
Cassia Xavier dos Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.1

02

Intoxicações exógenas pelos descongestionantes nasais e oftalmológicos em crianças..... 21

Maria Anna Wolaniuk Barros

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.2

03

Culturas de infâncias em pacientes com doenças crônicas: o olhar das crianças brasileiras e moçambicanas..... 39

Andrea Bruscato
Dionísia Ana Bata

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.3

04

Os benefícios da primeira consulta odontológica nos primeiros mil dias 53

Thamires Silva Leite
Adriana Passos Amaral Vilarinho
Anna Raphaela do Couto Corrêa
Thatyla Silva Linhares
Roberta Janaína Soares Mendes
Daniel Coelho de Carvalho
Joana Albuquerque Bastos de Sousa

DOI: [10.47573/aya.5379.2.233.4](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.233.4)

05

Instrumento tecnológico de informação nos cuidados direcionado a famílias cuidadoras de crianças gastrostomizada..... 62

Cristiane da Rocha Oliveira Medeiros
Dayane Cristina Frederico de Azevedo
Daniela Trindade de Sousa

DOI: [10.47573/aya.5379.2.233.5](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.233.5)

06

Um estudo acerca do acolhimento institucional sob a perspectiva da Terapia Cognitiva-Comportamental em jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados..... 81

Leonardo Luiz Soares da Silva

DOI: [10.47573/aya.5379.2.233.6](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.233.6)

07

Estudo epidemiológico dos óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos ocorridos no estado do Paraná entre 2016 e 2020..... 99

Bruna Lenhardt Soares
Patrícia Barth Radaelli

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.7

08

**Influência da mídia no estilo de vida de adolescentes ...
..... 111**

Paula Alexandre de Freitas
Joana Dayse da Rocha Portela Andrade

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.8

09

Assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras: potencialidades, demandas e fragilidades 119

Ana Caroline da Silva Batista
Igor Renan Frazão Bezerra
João Pedro Rodrigues Lucio
Maria Eduarda Pinto Teles
Danilo Lins de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.233.9

Organizadores..... 124

Índice Remissivo..... 125

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos o quarto volume da obra **“Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas”**. Neste compêndio, buscamos aprofundar as discussões sobre temas de vital importância para a saúde pediátrica e adolescente, sempre com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida de nossas crianças e jovens.

Este volume contempla um conjunto diversificado e crucial de tópicos. Iniciamos com uma análise sobre os “Índices preditivos de desmame da ventilação mecânica invasiva em pediatria e neonatologia”, um tema essencial para a sobrevivência de recém-nascidos em estado crítico. Em seguida, abordamos “Intoxicações exógenas pelos descongestionantes nasais e oftalmológicos em crianças”, uma problemática alarmante e frequentemente subestimada em nossa sociedade.

Ainda nessa linha, trazemos uma reflexão antropológica e sociocultural sobre as “Culturas de infâncias em pacientes com doenças crônicas: o olhar das crianças brasileiras e moçambicanas”. Esta seção ilumina a importância da perspectiva infantil nas estratégias de cuidado e na articulação de políticas de saúde.

O livro também se debruça sobre a saúde bucal com o capítulo “Os benefícios da primeira consulta odontológica nos primeiros mil dias”, destacando a importância da atenção precoce à saúde oral. Em seguida, discutimos o papel da tecnologia na saúde, através do capítulo “Instrumento tecnológico de informação nos cuidados direcionado a famílias cuidadoras de crianças gastrostomizadas”.

A saúde mental de jovens institucionalizados também é objeto de nossa atenção. O capítulo “Um estudo acerca do acolhimento institucional sob a perspectiva da Terapia Cognitiva-Comportamental em jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados” oferece uma visão aprofundada sobre essa realidade.

Continuando, o “Estudo epidemiológico dos óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos ocorridos no estado do Paraná entre 2016 e 2020”, traz um panorama alarmante e necessário para o desenvolvimento de políticas públicas eficientes.

Este volume também aborda o impacto da mídia no estilo de vida de adolescentes e como esse fenômeno influencia a saúde de nossos jovens, um tema cada vez mais relevante na era digital. Por fim, discutimos a “Assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras: potencialidades, demandas e fragilidades”, um tema de extrema importância para o cuidado integral e humanizado na pediatria.

Esperamos que este volume contribua para a formação de profissionais cada vez mais capacitados e para a construção de um futuro mais saudável para nossas crianças e adolescentes. Boa leitura!

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro
Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Índices preditivos de desmame da ventilação mecânica invasiva em pediatria e neonatologia

Predictive index of weaning from invasive mechanical ventilation in pediatrics and neonatology

Mayra Fernanda Rocha Nogueira

Pós-graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória Adulto e Neonatal

Francielle Sabino dos Santos

Docente do Curso de Pós-Graduação de Fisioterapia Cardiorrespiratória Adulto e Neonatal da FASM e Fisioterapeuta do Hospital Santa Marcelina Itaquera

Elaine Aurelina Oliveira

Docente do Curso de Fisioterapia e Pós-Graduação de Fisioterapia Cardiorrespiratória Adulto e Neonatal da FASM, Fisioterapeuta do Hospital Waldomiro de Paula e Centro Especializado em Reabilitação

Cassia Xavier dos Santos

Coordenadora do Curso de Fisioterapia e Pós-Graduação de Fisioterapia Cardiorrespiratória Adulto e Neonatal FASM

RESUMO

Introdução: A ventilação mecânica é um método de suporte de vida usados nas unidades de terapia intensiva, usada para corrigir quadros de insuficiência respiratória aguda ou crônica. O desmame é a transição da ventilação mecânica para a respiração espontânea, na pediatria e neonatal é um recurso muito utilizado para tratar as patologias respiratórias. **Objetivo:** Identificar os índices preditivos de desmame da ventilação mecânica invasiva em pediatria e neonatologia. **Resultados e Discussão:** A busca por artigos nas bases de dados de pesquisa encontrou um total de 248 artigos, sendo 238 na PubMed/MedLine, 7 na Lilacs, 2 na Scielo e 1 nas Web of Science e PEDro. Os autores demonstram os parâmetros de sucesso e insucesso no desmame da ventilação mecânica invasiva. **Conclusão:** Os critérios para o desmame da ventilação vem sendo um assunto discutido há muito tempo, pois na população pediátrica e neonatal ainda se tem divergências, se os parâmetros e testes são pensados como no público adulto, mas sabemos que o grupo infantil tem suas variações anatômicas e fisiológicas e todos os critérios pensados tem que ser cuidadosamente selecionados para evitar falhas na entubação e reintubação, e dentre todas as técnicas citadas podemos garantir que o desmame precoce tem que ser o alvo da equipe multidisciplinar e que a melhor técnica



é aquela que traz um conforto e se encaixa na fisiopatologia do paciente. Ainda são necessários mais estudos com amostras maiores e parâmetros novos para podermos criar um protocolo que possa auxiliar nesse processo.

Palavras-chave: desmame. ventilação mecânica. pediatria. neonatal. fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Mechanical ventilation is a life support method used in intensive care units, used to correct acute or chronic respiratory failure. Weaning is the transition from mechanical ventilation to spontaneous breathing, in pediatrics and neonatal is a resource widely used to treat respiratory pathologies. **Objective:** To identify the predictors of successful weaning in pediatrics and neonates. **Results and Discussion:** The search for articles in all research databases found a total of 248 articles, 238 in PubMed/MedLine, 7 in Lilacs, 2 in Scielo and 1 in Web of Science and PEDro. The authors present the parameters of success and failure in weaning from invasive mechanical ventilation. **Conclusion:** The criteria for weaning from ventilation has been a subject discussed for a long time, because in the pediatric and neonatal population there are still divergences, if the parameters and tests are thought of as in the adult public, we know that the child group has its variations. anatomical and physiological characteristics and all the criteria considered must be carefully selected to avoid failures in extubation and reintubation, and within all the aforementioned techniques we can guarantee that early weaning has to be the target of the multidisciplinary team and that the best technique is the one that brings comfort and fits within the patient's pathophysiology. More studies with larger samples and new parameters are still needed to create a protocol that can help in this process.

Keywords: weaning. mechanical ventilation. pediatrics. neonatal. physical therapy.

INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica invasiva ou suporte ventilatório é um recurso utilizado nas unidades de terapias intensivas, ela é um método de suporte para o tratamento de quadros de insuficiência respiratória aguda ou crônica, e tem como objetivo manter ou melhorar as trocas gasosas, aumentar o volume pulmonar, reverter a hipoxemia, prevenir as possíveis atelectasias e diminuir o desconforto respiratório (ROTTA, STEINHORN *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2022).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, desmame é o processo de transição da ventilação mecânica para a respiração espontânea em pacientes que utilizam ventilação invasiva por mais de 24 horas (GOLDWASSER *et al.*, 2007). O desmame da VM é uma das etapas mais críticas, que exige um cuidado e atenção de toda a equipe, pois estão relacionadas com possíveis complicações do paciente tanto por parte hemodinâmica, respiratórias até mortalidade (ANDRADE *et al.*, 2010).

O período neonatal é considerado um momento de fragilidade na vida da criança, esse período dura do nascimento até os primeiros 28 dias após o nascimento, e com a

diminuição da mortalidade infantil nos prematuros e os recém-nascidos considerado de baixo peso nas suas 24 horas, aumentando assim o número de internações mais prolongadas nas unidades de terapia intensiva (LIMA *et al.*, 2015).

Nas unidades de terapias intensivas neonatais as doenças respiratórias são frequentes, e elas costumam causar danos pulmonares, o que acaba levando os RNs a necessitar do uso da VMI como uma forma de tratamento. Isso está associado a fisiologia respiratória dos bebês, especialmente nos recém-nascidos prematuros, como as vias aéreas mais estreitas, baixo número de alvéolos, deficiência da ventilação colateral, o que acaba predispondo ao colapso alveolar e com isso a diminuição do surfactante, causando assim uma instabilidade das VAS e da caixa torácica, sendo um atributo que dificulta o processo de extubação bem sucedido, podendo causar a reintubação (SANTOS, OLIVEIRA E BERENCHTEIN, 2014; HERMETO *et al.*, 2009).

A pediatria é um grupo mais suscetível a desenvolver distúrbios respiratórios que podem evoluir rapidamente aumentando a gravidade dos quadros, em decorrência das características anatômicas, fisiológicas e o sistema respiratório em desenvolvimento, sendo mais propensos a uma diminuição da imunidade (FONSECA *et al.*, 2014).

Nas unidades de terapias intensivas neonatais a ventilação mecânica é um dos recursos terapêuticos mais frequentemente utilizados, os neonatais acabam sendo os principais candidatos a esse tipo de recurso, e apesar de ser muitas vezes fundamental, ele pode trazer efeitos adversos como a displasia broncopulmonar e lesões neurológicas como hemorragia peri-intraventricular, além de complicações como lesão pulmonar, pneumonias, barotrauma, traumas de VAI, toxicidade pelo uso inadequado do oxigênio predispondo assim o prolongamento da VM. E para tentar minimizar possíveis riscos da VM, recomenda-se o desmame mais precocemente possível, desejando que o paciente consiga manter a respiração espontânea em ar ambiente e garantindo a troca gasosa adequada com o mínimo de trabalho do sistema respiratório (ALY, 2005; LAPTOOK *et al.*, 2005; FARIAS *et al.*, 1998; ROTTA, STEINHORN *et al.*, 2011).

Mas alguns critérios devem estar estabelecidos pela equipe para o desmame e então extubação da criança como a resolução da etiologia da insuficiência respiratória, fração inspirada de oxigênio (FiO₂) menor que 40 a 50% , PEEP entre 5-8 cm H₂O, frequência respiratória dentro da normalidade para a faixa etária, ausência de acidose (ph 7,35 a 7,45) e ausência de hipercapnia (pCo₂ de 35 a 45 cmH₂O), ausência de batimento da asa do nariz, adequar oxigenação (PaO₂/FIO₂ > 200), saturação periférica (SpO₂> 93%). A monitorização dos parâmetros ventilatórios nos possibilita a realização do desmame precoce desde que os critérios clínicos, laborais e fisiológicos estejam equilibrados (MACINYTYRE *et al.*, 2007; GATIBONI *et al.*, 2011; SANTOS, OLIVEIRA E BERENCHTEIN, 2014).

Pode ser considerado sucesso do desmame a manutenção da respiração espontânea por 48 horas, sem a necessidade da ajuda da VMI novamente. E após o procedimento ele pode realizar adaptações fisiológicas para que possa manter a troca gasosa, com aumento da carga diafragmática, uso da musculatura acessória e aumento da frequência respiratória (SANTOS, OLIVEIRA E BERENCHTEIN, 2014).

Não há ainda um protocolo preestabelecido para o desmame associado ao

comportamento de parâmetros clínicos, ventilatórios, hemodinâmicos e fisiológicos. A interrupção do suporte ventilatório é considerada apropriado para todos os pacientes que se encaixam nos critérios citados anteriormente (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Na literatura não se encontra preditores para o sucesso do desmame da ventilação mecânica em pediatria e neonatal, nem bases de parâmetros que nos assegure de qual caminho escolher com menor índice de possíveis reintubações nesses grupos abordados, sendo dessa maneira o objetivo desse trabalho realizar levantamentos de estudos com preditores de sucesso no desmame.

OBJETIVO

Identificar os preditores de sucesso de desmame na pediatria e neonatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura feita com artigos indexados nas seguintes bases de dados: PubMed/MedLine, SciELO, Lilacs, PEDro e Em base. A estratégia de busca foi realizada na língua inglesa e portuguesa a partir dos descritores de ciências da saúde (DeCs): Pediatric, Ventilation weaning, extubation. O operador booleano empregado foi o “AND”. Optou-se pela busca de artigos correspondente ao período de 2003 a 2022. Foram incluídos nessa revisão os ensaios clínicos e apresentação de caso; publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa; que abordassem o desmame da ventilação mecânica em pediatria e neonatal. Como critérios de exclusão foram retirados da pesquisa os artigos que não abordaram temas específicos, revisão de literatura e com data inferior a 2003. Foi realizada uma análise de títulos e resumos para obtenção de artigos potencialmente relevantes de acordo com os critérios estabelecidos que serão discutidos posteriormente.

RESULTADOS

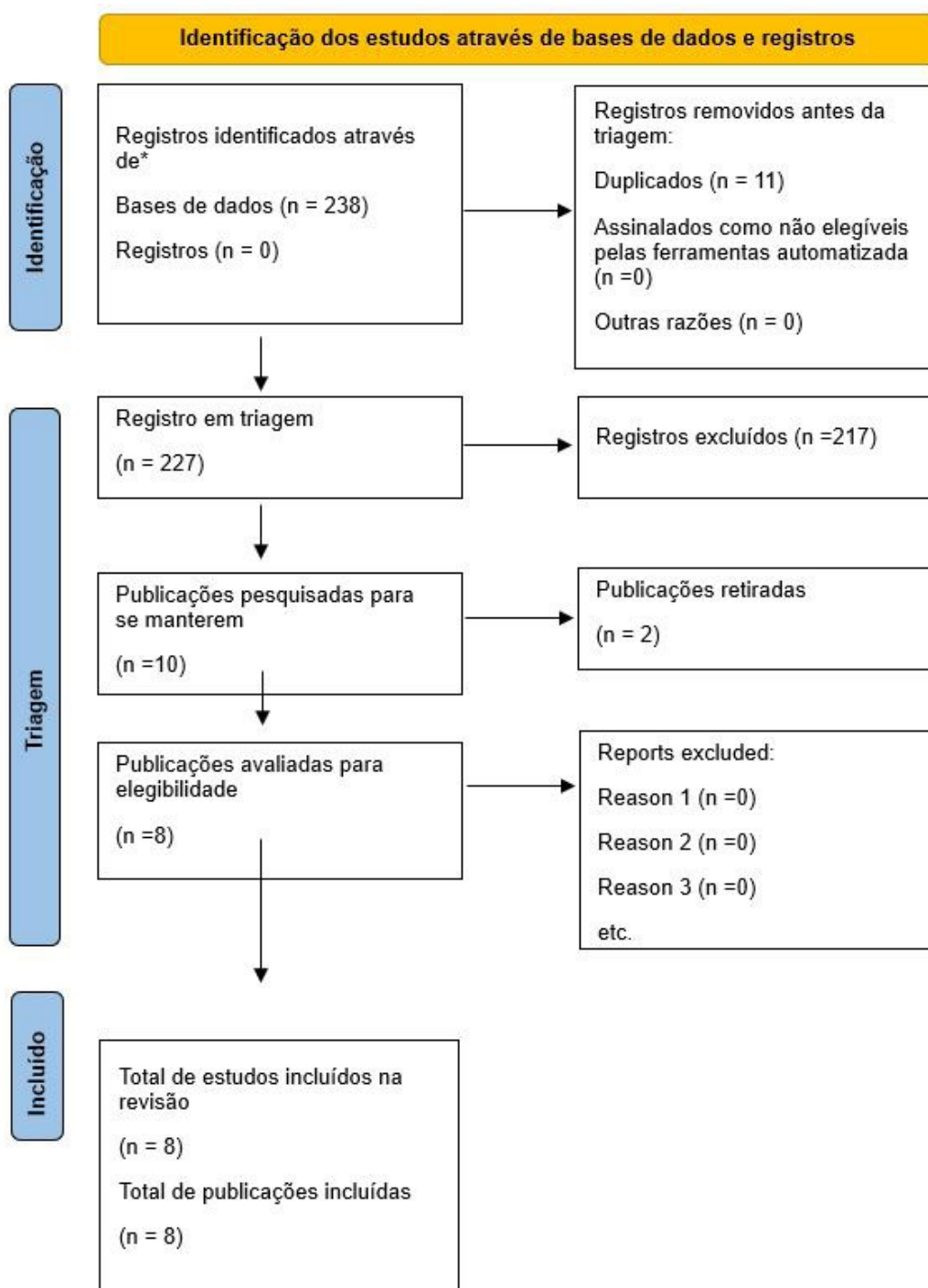
A busca por artigos em todas as bases de dados pesquisadas encontrou um total de 238 artigos, sendo 238 na PubMed/MedLine, 7 na Lilacs, 0 na Embase, 2 na SciELO e nenhum nas Web of Science e 1 na PEDro, conforme Tabela 1. Nos artigos estudados a maior amostra conta com 95 participantes e a menor amostra com 23 participante, 8 trabalhos são ensaios clínicos.

Tabela 1 – Descrição do total de artigos encontrados por cada base de dados pesquisada.

Bases de Dados	Physical Therapy AND Treatment AND Biofeedback
PubMed/MedLine	238
SciELO	2
Lilacs	7
Embase	0
Web of Science	1
PEDro	0

Após a leitura dos títulos e resumos, foi possível selecionar apenas 8 artigos

que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos e contemplavam o assunto a ser abordado (Tabela 2).



Autores/ Ano	Objetivo	Amostra	Instrumento de Avaliação	Conclusão
Carvalho <i>et al.</i> 2022	Teve como objetivo identificar os fatores de riscos relacionados a falha de extubação em crianças e adolescentes ventilados mecanicamente por pelo menos 48 horas	Foram estudados 85 pacientes	Foi usado score de gravidade PRISM (pediatric Risk Index Score For Mortalit	Idade inferior a 3 meses, ventilação mecânica por mais de 15 dias, choques, uso de drogas vasoativas parada cardiorrespiratória e trocas de cânula, foram os fatores que mais aumentaram os riscos de falha de extubação

Autores/ Ano	Objetivo	Amostra	Instrumento de Avaliação	Conclusão
Rosário <i>et al.</i> 2019	Identificar parâmetros que se comportem como preditores de sucesso e insucesso do DVM em pacientes pediátricos.	23 casos sendo divididos em 2 grupos (GS=16 e GI=7)	Foram coletados os prontuários e usado para análise da estatística IBM SPSS statistics ²² , e o teste não paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes e paramétricos teste T-student não pareado.	O uso de baixos parâmetros de OS na ventilação mecânica, a presença de acidose metabólica, a existência de sobrecarga ventilatória, evidenciada pela presença de desconforto respiratório e alterações na hemodinâmica no período pós-extubação, são possíveis preditores de insucesso do DVM em crianças abaixo de um ano.
Nascimento <i>et al.</i> 2017	Avaliar se o teste de respiração espontânea pode ser utilizado para prever falha de extubação na população pediátrica.	95 pacientes incluídos, sendo 71 do grupo teste e 24 eram do grupo controle.	As análises foram realizadas com o auxílio do programa estatistical Package for the social Sciences (SPSS).	O teste de respiração espontânea para a população pediátrica não foi capaz de prever falha na extubação.
Riou <i>et al.</i> 2012	Avaliar a razão entre espaço morto e volume corrente fisiológico (Vd/Vt) como preditor de fracasso na extubação.	Amostra de 42 crianças.	Foi usado o software SPSS para Linux	Os achados confirmam o bom valor predito do sucesso/fracasso do desmame pela razão Vd/Vt e sugere seu papel como preditor da necessidade de VNI após a extubação.
Moraes <i>et al.</i> 2009	Compara a ventilação mandatória intermitente (IMV) com a ventilação mandatória intermitente sincronizada com pressão suporte (SIMV+PS) quanto a duração da ventilação mecânica, desmame e tempo de internação na unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP).	70 pacientes, sendo divididos em 2 grupos por meio de sorteio: IMV (GIMV+35) e grupo SIMV+OS (GSIMV+35).	Foi usado o teste T para comparar variáveis com distribuição normal e o teste U de Mann-Whitney em caso contrário e o teste de Goodman foi utilizado para comparar a distribuição percentual por sexo e por diagnóstico a internação.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre IMV e SIMV+OS quanto a duração da VM/desmame e tempo de internação das crianças avaliadas.
Davidson <i>et al.</i> 2008	Verificar se a frequência respiratória (FR), o volume corrente (VC) e a relação FR/VC poderiam prever a falha na extubação em recém-nascidos de muito baixo peso submetido a ventilação mecânica.	Foram 35 crianças estudadas, 20 delas entubadas com sucesso e 15 necessitou de reintubação.	Características demográficas, clínicas e parâmetros do respirador	A FR, o VC e a relação FR/VC apresentaram baixa sensibilidade e especificidade para prever a falha na extubação em recém-nascidos de muito baixo peso.
Bouso <i>et al.</i> 2006	O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre espaço morto e volume corrente (VD/VT) como preditores de falha na extubação de crianças sob ventilação mecânica.	Foram selecionados 86 pacientes, 44 eram do sexo masculino.	Avaliação, National center for Health statistics (NCHS), score de gravidade Pediatric Risk of Mortality (PRISM), exames laboratoriais, parâmetros ventilatórios e tempo de VM.	Em uma população pediátrica submetida a ventilação mecânica por etiologias variadas, o índice VD/VT não possibilitou prever qual a população de risco para falha na extubação ou reintubação

Autores/ Ano	Objetivo	Amostra	Instrumento de Avaliação	Conclusão
Antunes <i>et al.</i> 2003	O objetivo deste estudo foi determinar o efeito do posicionamento em prono na estabilidade cardiorrespiratória de prematuros durante o desmame da ventilação mecânica e na evolução do desmame ventilatório.	Amostra de 42 prematuros, com peso de nascimento menor que 200g, no início do desmame dividido em dois grupos: supino (n=21) e prono (n=21).	Na comparação entre os grupos, utilizou-se o teste T de Student ou o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas e o teste X2 ou exato de Fisher.	Esses resultados sugerem que a posição prona é segura e benéfica durante o desmame da ventilação mecânica e pode contribuir para o sucesso do desmame nos prematuros.

DISCUSSÃO

Os critérios para desmame da ventilação mecânica com preditores de sucesso na população pediátrica e neonatal segue sendo uma discussão quanto os parâmetros de base, de testes para possíveis falhas e causas que podem trazer uma reintubação.

O estudo Carvalho *et al.* (2022) selecionou 85 pacientes aptos para o estudo, a maioria das intubações do estudo ocorreu por insuficiência respiratória, todos os pacientes foram extubados depois de estáveis, com o teste de respiração espontânea, volume corrente de 4-6mL/Kg, PEEP de 5 cmH₂O e a FIO₂ menor que 0,5, permanecendo cerca de 1 hora em OS. Junto com esses parâmetros e a avaliação contínua, foram considerados aptos aqueles que não apresentaram alteração dos parâmetros. A ventilação prolongada é uma das importantes causas de falha na extubação, como o estridor laríngeo e a laringite pós extubação, o teste de respiração espontânea se mostra importantes para diminuir possíveis falhas no desmame, como o teste de oxigenação, um preditor importante de possíveis comprometimentos pulmonares, como a elevação de PaCo₂ é considerado uns dos preditores para a falha da extubação.

Já Rosário *et al.* (2017) realizou um estudo com 23 casos referente às crianças internadas sob o uso da ventilação mecânica invasiva, sendo então separado as crianças em dois grupos sendo eles Grupo sucesso (GS=16) e Grupo insucesso (GI=7), foram coletados os dados em cinco momentos diferentes sendo em 24 horas pré-extubação, imediatamente antes da extubação, imediatamente pós-extubação, 24 horas pós-extubação e 48 horas pós-extubação.

Rosário *et al.* (2017) traz como objetivo de o estudo verificar quais são as variáveis preditoras de sucesso da DVM, contribuindo para o sucesso, sendo citado que a PS é um parâmetro usado no DVM e corresponde a um fluxo inspiratório de auxílio ao paciente na VM. Em seu estudo, a PS apresentou valores maiores no GS em relação GI no momento imediato a extubação a literatura fala sobre preconizar que ao final da DVM a PS seja ajustada em níveis de 7 a 8 cmH₂O, porém no estudo eles usaram 16 cm H₂O no GS. Esses ajustes devem ser feitos observando a musculatura respiratória, mostrando-se capaz de sustentar a carga. A gasometria arterial se mostrou importante nesse processo, já que o GI se apresentava em acidose, causando efeitos negativos, interferindo assim no tempo da VM, contribuindo para a falha na extubação. A função hemodinâmica também é importante no processo de extubação, após 24 horas de extubação o GI apresentou diminuição da PA

(hipotensão) podendo levar ao insucesso da DVM e foi ressaltado o aspecto sazonal já que a maioria das intubações do GS e GI foi em período de baixas temperaturas, aumentando o número de doenças respiratórias, contribuindo para o enfraquecimento das funções orgânicas, podendo agravar as condições de reação e resistência.

Nascimento *et al.* (2017) teve como objetivo avaliar o teste de respiração espontânea para prever a falha no desmame, sendo estudadas 95 crianças, sendo avaliados aqueles que ao fim da VMI realizaram TRE e aqueles que não realizaram. Ambos tinham condições clínicas e parâmetros ventilatórios similares. A comparação entre os grupos em relação foi em relação às variáveis sexo, idade, tempo de VMI e parâmetros pré-extubação (grupo controle) e pré-realização do teste (grupo teste). Entre a probabilidade de falha na extubação entre ambos, a chance de falha entre as crianças que não realizaram TRE foi de 1,412 maior do que as que realizaram sendo um acréscimo insignificante, sendo assim apresentado que o TRE não foi capaz de prever falha na extubação.

Entretanto Riou *et al.* (2012), estudou um grupo de 42 crianças, correlacionando a falha da extubação à Vd/Vt. Foi confirmado pelo estudo que o valor preditivo do sucesso/fracasso no desmame em razão de $Vd/Vt < 0,55$ tiveram alta probabilidade de extubação de sucesso, com razão de probabilidade para o teste negativo de 0,65. As crianças que tiveram Vd/Vt estaticamente mais alta que as crianças com sucesso de extubação, necessitando de VNI para não serem reintubadas.

Já Moraes *et al.* (2009) estudou um grupo com 70 crianças, sendo divididos em dois grupos de forma aleatória, tendo então o grupo IMV (GIMV=35) e o grupo SIMV+PS (GSIMV=35). O estudo traz a comparação entre esses dois modos para o desmame. A técnica usada para o desmame variou conforme os modos ventilatórios que estavam sendo usados, mas de uma forma sucinta quando a FIO₂ menor que 60 e PIP menor que 25 cmH₂O (tempo 0 do desmame) foram atingidos, foram diminuindo gradativamente (3-5 ciclos por vez) até os 10 ciclos por minuto, então a PEEP foi sendo diminuída de 2 em 2. Esses parâmetros foram mantidos de 12 a 24 horas, os pacientes foram avaliados a partir do momento que conseguiam assumir a ventilação espontânea. O teste usado para averiguar um possível desmame foi a redução da FIO₂ para 0,5, redução da PEEP para 5 cmH₂O e a redução da PS para 16 cmH₂O no modo SIMV+PS, sendo verificado por 2 horas se a SaO₂ se manteve >95% (as crianças que não mantiveram essa saturação foram consideradas como falha). Os pacientes que usaram o modo IMV que mantiveram a SaO₂ .95% por duas horas foram extubadas, já no modo SIMV+PS foram colocados em uma PS mínima ajustada de acordo com o diâmetro da cânula usada, não sendo observado diferenças interessantes entre as técnicas.

O estudo de Davidson *et al.* (2008), 35 pacientes foram inclusos, sendo 20 extubados com sucesso e 15 precisando ser reintubados. Na análise das características demográficas e clínicas, não se nota diferença entre os grupos que teve sucesso ou a falha na extubação, sugerindo que os fatores que influenciaram a falha da extubação estão relacionados as condições pulmonares e os cuidados pós extubação. Na tentativa de encontrar outros parâmetros para prever a falha ou o sucesso no desmame, a FR foi analisada se mostrando um bom parâmetro de avaliação, já valores elevados na FR espontânea pré-extubação foi associado a risco de falha na extubação. Quando citado a relação FR/VC que é um

parâmetro usado na UTI adulta, se mostrou controversa para o público infantil, já que as crianças extubadas com sucesso apresentaram uma variação de valores, não podendo ser considerado um parâmetro de base para a extubação.

Contudo, no estudo de Bousso *et al.* (2006), foi avaliado se a criança estava apta a extubação, e por 20 minutos ela foi submetida aos parâmetros de PS suficiente para gerar um VC de 6 mL/Kg, FR de 0, pressão expiratória final positiva de 5-8 cmH₂O e FIO₂ < 0,4. Após os 20 minutos foi realizado a gasometria, procedendo com o cálculo do índice de VC/VT (razão entre espaço morto e volume corrente). O VD/VT foi avaliado junto com outros parâmetros. Os valores preditivos de falha de extubação tiveram um valor de $p < 0,25$, não apresentando associação com esse desfecho, e na população pediátrica o índice de VD/VT com um corte de 0,65 não possibilitou identificar o risco de falha na extubação e reintubação.

Por fim, Antunes *et al.* (2003) trouxe em discussão um grupo específico que são os neonatos prematuros com idade gestacional de 37 semanas e peso inferior a 2.000g. Foi estudado 42 RNs divididos em grupo supino (n=21) e grupo prono (n=21), todos sob ventilação mecânica. O intuito do estudo foi levantar a hipótese da alteração postural como auxílio do desmame. Ambos os grupos tiveram a redução dos parâmetros de forma parecidas, foram colocados em CPAP nasal, como PIP e a FR e a posição prona favoreceram a redução mais rápida de alguns parâmetros ventilatórios, mostrando um novo recurso para podermos incrementar nos critérios de DVM de sucesso.

Os autores entram em concordância que os critérios podem variar de acordo com as faixas etárias, que os parâmetros ainda estão sendo estudados, porém quanto mais precoce for o processo de desmame da ventilação mecânica, quanto mais rápido a resolução da doença, maior é a probabilidade de sucesso no desmame.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os critérios para o desmame da ventilação vem sendo um assunto discutido há muito tempo, pois na população pediátrica e neonatal, ainda há divergências. Como a escolha dos parâmetros e testes são pensados para o público adulto, levando em consideração que o grupo infantil possui variações anatômicas e fisiológicas, todos os critérios elegidos tem de ser cuidadosamente selecionados para evitar falhas na extubação e reintubação. Dentre todas as técnicas citadas, podemos garantir que o desmame precoce deve ser o alvo da equipe multidisciplinar e que a melhor técnica é aquela que traz conforto e se encaixa nas particularidades fisiopatológicas de cada paciente. Ainda se faz necessário mais estudos com amostras significativas e novos parâmetros para auxiliar na criação de um protocolo de desame específico para essa população.

REFERÊNCIAS

ALY H. Mechanical ventilation and cerebral palsy. *Pediatrics*, v. 115, n. 6, p. 1765-1767, 2005.

ANDRADE, L.B. *et al.* Avaliação do teste de respiração espontânea na extubação de neonatos pré-termo. *Rev. Brasileira de terapia intensiva*, v. 22, n. 2, abril/junho, 2010.

- ANTUNES, L.C.O; RUGOLO, L.M.S.S; CROCCI, A. J. Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n.3, 2003.
- BOUSSO, A. *et al.* Evaluation of the deade spice to tidal volume ratio as a predictor of extubation failure. *Jornal de pediatria*, v. 88, n.3, 2006.
- CARVALHO, H.T. *et al.* Fatores de risco relacionados à falha de extubação em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Resid Pediatr*, v. 12, n. 4, 2022.
- DAVIDSON, J. *et al.* Medida da frequência respiratória e do volume corrente para prever a falha na extubação de recém-nascidos de muito baixo peso em ventilação mecânica. *Revista Paulista de Pediatria [online]*, v. 26, n. 1, 2008.
- FARIAS JA, *et al.* Weaning from mechanical ventilation in pediatric intensive care patients. *Intensive Care Med*, v.24, 1070-1075, 1998.
- FONSECA, A. S *et al.* Impacto do “curso de Ventilação Mecânica “: Uma proposta de capacitação para atuação na área de urgência e emergência. Petrolina: Rev. De extensão da univasf,2014.
- GATIBONI, S. *et al.* Falta de acurácia dos índices ventilatórios para predizer sucesso de extubação em crianças submetidas a ventilação mecânica. Porto Alegre: Revista Brasileira Terapia Intensiva, 2011.
- GOLDWASSER, R. *et al.* Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v. 19, n. 3, 2007.
- HERMETO, F. *et al.* Incidência e principais fatores associados à falha de extubação em recém-nascidos com peso de nascimento menor que 1.250 gramas. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 85, n. 5, out. 2009.
- LAPTOOK A.R. *et al.* Adverse neurodevelopmental outcomes among extremely low birth weight infants with a normal head ultrasound: prevalence and antecedents. *Pediatrics*, v. 115, p. 673-680, 2005.
- LIMA, S *et al.* Aspectos clínicos de recém- nascidos admitidos em uma unidade de terapia intensiva de hospital de referência norte do Brasil. *Arquivos Brasileiros de ciência da saúde (ABCS Health Sciences)*, 2015.
- MACINYTYRE N. Discontinuing mechanical ventilatory support. Durham: Contemporary Reviews in Critical Care Medicine, 2007.
- MORAES, M. *et al.* Comparison between intermittent mandatory ventilation and synchronized intermittent mandatory ventilation with pressure support in children. *Jornal de pediatria*. v. 85, n. 1, 2009.
- NASCIMENTO, M. S. *et al.* Spontaneous breathing test in the prediction of extubation failure in the pediatric population. *Einstein (São Paulo)*. v. 15, n. 2, 2017.
- SANTOS, E. S. M.; OLIVEIRA, A. C. T.; BERENCHTEIN B. Protocolo de Desmame em Neonatologia. Santos: Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 11, n. 24, p 31, 2014

ROSÁRIO, Isabela Ferreira do *et al.* Preditores de desmame ventilatório em pediatria. Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 32-42, dez. 2017.

RIOU, Y. Predictive value of the physiological dead space/ tidal volume ratio in the weaning process of mechanical ventilation in children. J Pediatric. v. 88, n. 3, 2012.

ROTTA, A. T. STEINHORN, D. M. Ventilação mecânica convencional em pediatria e neonatologia: Manoel, 2011.

TEIXEIRA, C. *et al.* Impacto de um protocolo de desmame de ventilação mecânica na taxa de falha de extubação em pacientes de difícil desmame. Porto Alegre: Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2012.

Intoxicações exógenas pelos descongestionantes nasais e oftalmológicos em crianças

Maria Anna Wolaniuk Barros

RESUMO

Os derivados imidazolínicos são descongestionantes nasais e oftalmológicos utilizados no tratamento sintomático de crianças. Apresentam ação rápida de vasoconstricção periférica, sendo assim substâncias amplamente usadas. Os derivados imidazolínicos, porém, são capazes de causar efeitos colaterais de intoxicação aguda em pouca quantidade na faixa etária pediátrica, podendo levar à quadros graves. Nos casos de intoxicação observa-se mais frequentemente sonolência, palidez, hipotermia e bradicardia, o que torna este um quadro inespecífico, com necessidade de reconhecimento adequado pelos profissionais de saúde, além de anamnese, exames físicos cuidadosos e esquema terapêutico adequado. O objetivo deste trabalho é analisar a incidência, sintomatologia, evolução e opções terapêuticas nos casos de intoxicações agudas por derivados imidazolínicos em crianças. Foi realizada uma revisão dos trabalhos publicados nos últimos 25 anos disponíveis via Pubmed.

Palavras-chave: derivados imidazolínicos. nafazoline. intoxicação aguda. pediatria.

ABSTRACT

Imidazoline derivatives are nasal and ocular decongestants used in symptomatic treatment in children. They present a quick action of local vasoconstriction, therefore being widely used. Imidazoline derivatives, however, are capable of causing collateral effects of acute intoxication with small quantity in the pediatric age range, possibly leading up to severe clinical presentations. In the cases of intoxication can be observed, most commonly, somnolence, pallor, hypothermia and bradycardia, which makes the picture unspecific, with the need of adequate recognition by the health professionals, scrupulous anamnesis and physical exam and adequate therapeutic scheme. The objective of this work is to analyze incidence, symptomatology, evolution and therapeutic options in the cases of acute intoxication by imidazoline derivatives in children. A revision of works published in the last 25 years, available via Pubmed, was performed.

Keywords: imidazoline derivatives. naphazoline. acute intoxication. pediatrics.



INTRODUÇÃO

As intoxicações exógenas são uma das causas frequentes de emergências e urgências em faixa etária pediátrica. Segundo „Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria”, 35% dos todos os casos de intoxicações registrados no Brasil ocorreram em pacientes abaixo de 4 anos de idade (RABELO *et al.*, 2017.). Isso torna as exposições agudas exógenas em crianças um quadro importante, bem como o reconhecimento dos sinais e sintomas e a diferenciação entre as causas possíveis críticos para o atendimento dos pacientes pediátricos em casos de emergência.

Uma das causas pouco conhecidas pela população em geral é a intoxicação por descongestionantes nasais e oftálmico, derivados imidazolínicos como nafazoline, disponíveis sem prescrição médica. Outros derivados imidazolínicos encontrados no Brasil são: oximetazolina, fenoxazolina, tetrizolina e xilometazolina (BUCARETCHI *et al.*, 2005.).

Nafazoline é um agonista de receptor alfa-2 adrenérgico, apresentando ação vasoconstritora e anti-inflamatória, sendo usado para o tratamento de sinusite, conjuntivite, irritações oculares ou congestão nasal. O início de sua ação se dá em torno de alguns minutos, atingindo potencial máximo em 6-8 horas, com duração máxima de até 36 horas. A intoxicação começa com 0,05 mg/kg de aplicação nasal ou 0,3 mg/kg por ingestão (abaixo de 2 anos de idade 0,1 mg/kg) (MUSSHOFF *et al.*, 2003.).

Na faixa etária pediátrica, a intoxicação por nafazoline e outros derivados imidazolínicos acontece tanto pela exposição oral quanto nasal e resulta em manifestações neurológicas, cardiovasculares e respiratórias. Além de aparentemente não causar risco iminente da vida, o quadro de exposição aguda a nafazoline e seus semelhantes apresentam-se potencialmente graves, com evolução e deterioração rápida.

Neste trabalho será analisada a incidência, sintomatologia, evolução e opções terapêuticas nos casos de intoxicações por derivados imidazolínicos em crianças utilizando trabalhos científicos publicados.

Realizou-se uma revisão qualitativa com estratégia de busca nas bases de dados Medline, via Pubmed, no mês de dezembro de 2018, onde foram encontrados trabalhos publicados nos últimos 25 anos. As palavras-chave utilizadas foram: imidazoline, naphazoline, intoxication, pediatric e children. Foram encontrados e selecionados 7 trabalhos científicos, sendo 5 estudos de caso e 2 estudos retrospectivos.

DESCONGESTIONANTES E INTOXICAÇÕES

Descongestionantes tópicos: substâncias e mecanismo de ação

Os descongestionantes nasais e oftalmológicos podem ser divididos em dois grupos principais – os de uso oral e os de uso tópico. Neste trabalho serão analisados somente os descongestionantes tópicos.

As substâncias utilizadas na abordagem clínica como descongestionantes tópicos são: nafazolina, xilometazolina, oximetazolina, tetrizolina, fenilefrina, propilhexedrina, efedrina e pseudoefedrina.

A efedrina, e seu stereoisomer pseudoefedrina, é um agonista de receptores alfa e beta que causa vasoconstrição, podendo ser usada via oral ou tópica, e que, contudo, não está registrada para uso tópico no Brasil. A fenilefrina é um agonista alfa-1-seletivo que pode também ativar receptores beta em concentrações altas e é semelhante à epinefrina. A forma para uso tópico está no momento cancelada no Brasil. A profilexedrina é um agonista TAAR1 que causa liberação de monoaminas de vesículas sinápticas para a fenda sináptica. Suas ações farmacológicas são semelhantes à anfetamina. O uso descongestionante é por inalação e não está registrado no Brasil.

Nafazolina, oximetazolina, fenoxazolina e xilometazolina são derivados imidazolínicos, simpatomiméticos usados como vasoconstritor de uso local nas mucosas nasais ou no olho. Todas essas substâncias têm registro ativo no Brasil, e em consequência disso serão os estudados nesse trabalho.

Existem duas classes de derivados imidazolínicos: bezilimidazolines e naftilimidazolines. Dentre os bezilimidazolines incluem-se oximetazolina e xylometazolina, e dentre os naftilimidazolines incluem-se nafazolina, tegazolina, tettrizolina e tramazolina (MAHIEU *et al.*, 1993.)

A ação dos derivados acontece com estimulação dos receptores alfa2-adrenérgicos pós-sinápticos periféricos das mucosas, causando vasoconstrição. Adicionalmente, os derivados podem estimular receptores alfa2-adrenérgicos pré-sinápticos dos centros de controle cardiovasculares do SNC, determinando a inibição da atividade simpática cerebral. Em doses terapêuticas, o efeito principal é a vasoconstrição periférica dos vasos das mucosas, que causa a diminuição do edema e, conseqüentemente, descongestão nasal. Em doses altas, os derivados podem causar vasoconstrição sistêmica, podendo levar a hipertensão arterial transitória, palidez e sudorese. O efeito sobre o SNC pode causar depressão cardíaca e respiratória, bradicardia e hipotensão arterial (MAHIEU *et al.*, 1993.).

A vasoconstrição periférica em vasos da mucosa nasal, quando excessiva, pode impedir a circulação e, conseqüentemente, a nutrição para a mucosa nasal, causando assim dano estrutural a esta. Outras limitações causadas pelos derivados imidazolínicos são perda de eficácia, hiperemia das mucosas de rebote e piora dos sintomas com uso crônico. Os mecanismos desses efeitos colaterais não são conhecidos, porém supõe-se que levam a dessensitização de receptor e danos na mucosa (BRUNTON *et al.*, 2011.).

A ação vasoconstritora da nafazolina é usada também em oftalmologia como descongestionante, ajudando na redução do eritema e do edema de pálpebra (RABELO *et al.*, 2017.), usada no tratamento de glaucoma e em casos de hipertensão ocular. Os possíveis efeitos colaterais locais são fotossensibilidade, conjuntivite, hiperemia ocular e hipersensibilidade (BRUNTON *et al.*, 2011.).

As indicações específicas para os derivados imidazolínicos são para alívio sintomático de conjuntivites, rinites, adenoidites agudas, facilitação de endoscopia em otorrinolaringologia e suporte em redução de sangramento em casos de epistaxia. Estes derivados não apresentam efeito em rinites e sinusites crônicas (BUCARETCHI *et al.*, 2005.) Ou vasomotoras (WENZEL *et al.*, 2004.), e não devem ser usados por mais de 3 dias para evitar-se congestão de rebote (KATZUNG *et al.*, 2017.).

Os derivados imidazolinicos apresentam rápida absorção gastrointestinal através das mucosas, levando de cinco a dez minutos (BUCARETCHI *et al.*, 2005.). A duração de ação da nafazolina e fenoxazolina é de 3 a 6 horas, e da oximetazolina de 12 horas.

Disponibilidade no mercado brasileiro

Um estudo transversal feito em Pelotas, RS (BERQUO *et al.*, 2004.), sobre o uso de medicamentos para o tratamento de infecções respiratórias mostrou que 6,3% de todas as infecções respiratórias foram tratadas, 18% em crianças de até quatro anos de idade. Somente 11,4% de todos os entrevistados mostraram as receitas dos medicamentos utilizados. As pessoas referiam o uso de descongestionantes no tratamento de sinusite (foram usados em 39,5% casos de sinusite) e resfriado/gripe (foram usados em 11,8% dos casos).

Como prova esse estudo, vários casos de infecções respiratórias são tratados com os medicamentos sintomáticos, na maioria das vezes sem obter prescrição médica, de forma que o uso de descongestionantes se mostra relativamente comum.

O Brasil, segundo busca de dados no site de ANVISA¹ realizada em abril de 2019, tem registro de 59 produtos com derivados imidazolinicos como a substância principal: 49 com nafazolina, 9 com oximetazolina, 1 com fenoxazolina e 1 com xilometazolina.

Produtos com nafazolina têm registro para uso nasal e oftalmológico em duas composições: com cloridrato de nafazolina e com nitrato de nafazolina. Para uso nasal, o cloridrato tem 3 concentrações registradas: 0,5 mg/dl (uso pediátrico acima de 12 anos), 0,75 mg/dl (acima de 7 anos) e 1 mg/ml (acima de 10 anos). O nitrato de nafazolina está registrado em concentração de 1 mg/ml, para uso pediátrico acima de 12 anos. Para uso oftalmológico, o cloridrato de nafazolina tem apresentações de 0,25 mg/ml (uso acima de 6 anos), 0,15 mg/ml (acima de 12 anos), 0,12mg/ml e 0,5 mg/ml (estes últimos sem informação sobre uso pediátrico). O nitrato tem apresentação de 0,5 mg/ml e está registrado apenas para uso adulto.

A oximetazolina está registrada em composição com o cloridrato para o uso nasal, em concentrações de 0,5 mg/ml (uso acima de 6 anos) e de 0,25 mg/ml para o uso acima de 2 anos.

O cloridrato de fenoxazolina tem apresentações de 1mg/ml e 0,5 mg/ml, em solução nasal, sem informações sobre o uso pediátrico.

O cloridrato de xilometazolina está registrado com 1 mg/ml e 0,5 mg/ml para o uso acima de 12 anos.

Os medicamentos com nafazolina, tanto de uso nasal quanto de uso oftalmológico, estão disponíveis à venda sem prescrição médica. A oximetazolina de uso nasal também está disponível sem prescrição. Produtos com fenoxazolina e xilometazolina estão disponíveis com receituário simples.

Como os pacientes frequentemente não sabem citar o nome da substância usada, embora reconheçam o nome comercial do medicamento, é importante o conhecimento do

¹<https://consultas.anvisa.gov.br>

médico ou de outro profissional de saúde acerca dos nomes (Tabela 1).

Tabela 1 - Exemplos de nomes comerciais².

Substância	Nomes Comerciais
Cloridrato de nafazolina	Claril, Cristalín, Fisiosoro, Hidrocin, Multisoro, Naridrin, Narinef, Narix, Nasal-flux, Nasofluid, Neonazol, Neosoro, Novo Rino, Novosoro, Sinustrat, Sonarin, Sorine, Ocutil, Vital
Nitrato de nafazolina	Maxibell, Privina
Cloridrato de oximetazolina	Afrin, Aturgyl, Oxifrin, Rinidal, Sinex AP
Cloridrato de fenoxazolina	Nasofelin
Cloridrato de xilometazolina	Otrivina

A partir da análise destes dados é possível notar que derivados imidazolínicos estão sendo usados pela população principalmente no tratamento sintomático de sinusite e resfriado, e que estão disponíveis para a população sem necessidade de consulta prévia com um médico. Vários produtos estão registrados também para o uso pediátrico, inclusive para crianças pequenas, acima de dois anos de idade. Esses fatores podem estar possibilitando a ocorrência de intoxicações em crianças, tanto pelas doses excessivas quanto pelo uso acidental de medicamentos usados por outras pessoas no mesmo ambiente que a criança. O conhecimento das situações, das substâncias e de suas concentrações disponíveis à população torna-se importante no reconhecimento das possíveis intoxicações em crianças, apresentando os sintomas e a anamnese sugestiva (descritos em capítulos posteriores).

Epidemiologia e etiopatologia das intoxicações

A intoxicação aguda na faixa etária pediátrica é uma causa importante de morbidade e mortalidade. Esta acontece quando uma substância exógena entra em contato com o organismo causando sinais e sintomas tóxicos (MESSIAS *et al.*, 2016.). A intoxicação pelos medicamentos é mais comumente causada pelo uso de doses maiores do que as preconizadas (DA CUNHA *et al.*, 2017.).

Segundo os dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) sobre casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária no Brasil (Tabela 2), 28% de todas as intoxicações registradas aconteceram na parcela da população menor de 15 anos. Analisando somente as intoxicações pelos medicamentos, 40% de todas as intoxicações por medicamentos na população ocorreram em menores que 15 anos.

Na faixa etária pediátrica (até 15 anos de idade), 66% das intoxicações por medicamentos foram registradas em menores de 5 anos. De todas as intoxicações apresentadas por menores que 5 anos, as causadas por medicamentos ocorreram em 39% dos casos registrados. Como é possível observar, as intoxicações na faixa etária pediátrica constituem um quadro importante, ao passo que a intoxicação por medicamentos se mostra bastante comum em crianças e adolescentes, especialmente em menores que 5 anos de idade.

² Pesquisa do site ANVISA: <https://consultas.anvisa.gov.br>; realizada em abril de 2019.

Tabela 2 - Número de casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico por faixa etária no Brasil em 2017³.

Causa	0-4 anos de idade	0-14 anos de idade	Todos os casos
Medicamentos	1804 casos	2749 casos	6880 casos
Todas as intoxicações registradas	4585 casos	7574 casos	27322 casos

A comum ocorrência de intoxicações em crianças pequenas está relacionada principalmente por características próprias da fase de desenvolvimento por faixa etária, sendo a curiosidade e a exploração oral de seu ambiente as mais importantes (JOB RAMOS *et al.*, 2005.). Além disso, mostra-se de alta importância a cultura de prevenção de acidentes e a restrição de medicamentos com embalagens sem mecanismos de segurança (DA CUNHA *et al.*, 2017).

Em um estudo feito com base numa amostra de conveniência da população de frequentadores de uma drogaria que se declaram cuidadores de menores de cinco anos de idade, realizado em Juiz de Fora, foi revelado que 33% dos entrevistados utilizam de fármaco na frente da criança, 19% dizem à criança que o medicamento é doce ou é uma bala para facilitar a administração, 15% guardam o medicamento em bolsas de mão, 7% administram medicamentos no escuro enquanto a criança dorme e 15% das pessoas entrevistadas oferecem doses extras. Nenhum dos entrevistados relatou guardar os medicamentos trancados à chave. 40% relataram ter comprado fármacos sem orientação médica (SILVA *et al.*, 2010).

Baseando-se neste estudo, pode-se notar que existem várias ações de risco de intoxicação na população. Os medicamentos estão sendo utilizados sem consulta prévia com o médico, de maneira a facilitar a administração em dose excessiva, a utilização no escuro e o uso em doses extras. Os fármacos frequentemente ficam ao alcance das crianças, aumentando o risco de administração não supervisionada pela própria criança.

Os estudos das intoxicações na faixa etária pediátrica mostram que a faixa etária de ocorrência mais comum se encontra em torno de um ano de idade, mais frequentemente no gênero masculino. A grande maioria das exposições ocorre com medicamentos via oral (JOB RAMOS *et al.*, 2005.). Foi verificado que maioria dos agentes causadores de intoxicação estava armazenada em local fechado, porém acessível pelas crianças (MESSIAS *et al.*, 2016.). Esse dado mostra a importância de se educar os pais para que guardem as substâncias potencialmente tóxicas fora do alcance das crianças, em armários fechados à chave.

Como foi discutido no último capítulo, os derivados imidazolínicos encontram-se disponíveis sem prescrição e são comumente utilizados pela população. A ação descongestionante é aproveitada principalmente durante o outono e o inverno, causando maior frequência de intoxicações com derivados imidazolínicos nesse período. A maioria dos casos de intoxicação acontece em lactentes e pré-escolares, sendo a faixa de idade destes entre 1 e 3 anos (DIAZ *et al.*, 2018.).

Segundo a Food and Drug Administration, uma agência federal dos Estados Unidos responsável pela promoção e proteção da saúde pública, foram reportados 57 casos de ingestão acidental de imidazolina por crianças em um período de 26 anos nos Estados

³ <https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil7.pdf>, adaptação dos dados pelo autor.

Unidos. A *Consumer Product Safety Commission* (TAYLOR *et al.*, 2013.) Publicou uma descrição de 12 casos da literatura, além de 172 casos reportados de ingestão acidental de imidazolínicos por crianças no período de 62 anos. O número de casos reportados não aparenta ser preocupante, porém é importante lembrar tanto a dificuldade em reconhecer a causa exata dos sintomas apresentados durante o atendimento emergencial quanto a possível omissão ao reportar o evento, sendo provável a incidência maior do que o número de casos reportados.

Os imidazolínicos possuem uma rápida absorção gastrointestinal, com início de ação por volta de 20 minutos, vida média de 2 a 4 horas e duração de ação de 4 a 8 horas (DIAZ *et al.*, 2018, Tabla 1. Adaptado.). Por apresentar ação tão rápida, os sintomas de intoxicação podem ocorrer logo após a administração ou nas primeiras horas, atingindo o máximo após 8 horas (MAHIEU *et al.*, 1993.). Na maioria dos casos, os efeitos tóxicos se resolvem em até 16 horas, com resolução completa em até 24 horas (DIAZ *et al.*, 2018.), ou mesmo, conforme relatado por outros autores, em até 36 horas (MUSSHOFF *et al.*, 2003.).

A maioria das intoxicações graves em crianças acontece por ingestão acidental (MUSSHOFF *et al.*, 2003.), porém existem casos de intoxicação após exposição nasal inadequada.

A dose suficiente para a intoxicação depende da substância. A dosagem da nafazolina, que causa intoxicação, é de 0,05mg/kg via nasal, de 0,1mg/kg via oral em crianças pequenas e de 0,3mg/kg em crianças acima de 2 anos de idade (MUSSHOFF *et al.*, 2003.). De acordo com as apresentações discutidas no capítulo anterior, a ingestão acidental de apenas 1ml por criança com peso de 10kg (percentil 50 de peso para idade de 1 ano e 2 meses, segundo os gráficos de OMS⁴) de medicamento com nafazolina em apresentação de 1 mg/ml (registrada no Brasil para uso pediátrico acima de 12 anos) é capaz de causar intoxicação. Há relatos na literatura de intoxicação grave por ingestão de 1 a 2 ml de medicamento com nafazolina (DIAZ *et al.*, 2018, Tabla 1. Adaptado.).

Segundo registros oficiais, acontecem em média de 2 a 3 casos por ano de intoxicação por descongestionantes em crianças nos Estados Unidos, principalmente no período entre outono e inverno e em crianças entre 1 e 3 anos de idade.

Existe, entretanto, uma incerteza relacionada ao número real de casos, sendo o quadro de intoxicação um quadro de desenvolvimento e resolução rápidos, sem sintomas ou exames específicos, causando assim grande dificuldade em conseguir-se uma hipótese diagnóstica no momento da emergência.

Considerando-se a quantidade pequena de substância necessária para causar sintomas, a facilidade na obtenção de medicamentos sem devida orientação médica e a possível falta de conhecimento dos pais acerca dos efeitos colaterais fazem com que seja importante a suspeita diagnóstica dos casos sugestivos e a anamnese cuidadosa na hora do atendimento.

⁴ *Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (percentiles) – World Health Organisation. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_boys_p_0_5.pdf?ua=1%C2%A0>. Acesso em 31 jul. 2019, 21:33.*

Intoxicação: quadro clínico

Intoxicação: sintomas

Ao chegar para o atendimento médico, a criança com quadro de intoxicação aguda por medicamentos pode apresentar variedade de sinais e sintomas, principalmente do sistema nervoso, cardiovascular e respiratório. Adicionalmente, pode apresentar agitação ou lentificação, convulsão, taqui- ou bradicardia, taqui- ou bradipnéia, acidose metabólica, edema pulmonar, hipo- ou hipertensão, hipo- ou hipertermia, a depender da substância e da quantidade desta. Via de regra, os medicamentos causam sintomas de 2 até 4 horas após o acidente, porém, dependendo da substância causadora, pode acontecer um início tardio dos sintomas (BRYANT *et al.*, 2003.).

A intoxicação aguda por descongestionantes igualmente causa uma variedade de sintomas, especialmente neurológicos, cardiovasculares e respiratórios. Como descrito nos capítulos prévios, os derivados imidazolínicos estimulam receptores alfa2-adrenérgicos causando vasoconstrição periférica ou sistêmica, dependendo da dose.

Os sintomas importantes de intoxicação por derivados imidazolínicos são neurológicos, incluindo depressão de sistema nervoso central, começando com lentificação e com possível evolução para o coma, podendo alternar com episódios de agitação e hiperatividade (MAHIEU *et al.*, 1993.). Os pacientes apresentam também miose, tremor, convulsão, alucinação e insônia (MUSSHOFF *et al.*, 2003.). Adicionalmente, podem também apresentar tanto hiporreflexia (DIAZ *et al.*, 2018.) Quanto hiperreflexia transitória (ALVAREZ-PITTI *et al.*, 2006.).

Outro possível efeito relevante é a depressão do sistema cardiovascular (MUSSHOFF *et al.*, 2003.), causando bradicardia ou, menos frequentemente, taquicardia, além de palidez, hipo ou hipertensão, arritmia e extremidades frias (TAYLOR *et al.*, 2013.).

Os derivados imidazolínicos (ALVAREZ-PITTI *et al.*, 2006.) Causam também depressão respiratória, com redução de frequência respiratória até a respiração de Cheyne-Stokes, desconforto respiratório levando a cianose e possível edema pulmonar secundária (WENZEL *et al.*, 2004.). Outros possíveis sintomas incluem hipotermia, sudorese, náusea, vômito e diarreia (TAYLOR *et al.*, 2013.).

O quadro típico de intoxicação por descongestionante consiste de uma criança pequena com sonolência, sudorese, palidez, hipotermia e bradicardia (BUCARETCHI *et al.*, 2005.), com histórico de ingestão ou de uso nasal de descongestionante. Alguns autores sugerem a definição da tríade clássica: bradicardia, hipotermia e palidez (DIAZ *et al.*, 2018.), separando os três sintomas mais comuns.

Intoxicação: relatos

Na discussão sobre os sintomas de intoxicação aguda pelos descongestionantes é importante considerar os casos clínicos descritos na literatura e as conclusões dos trabalhos clínicos retrospectivos.

O primeiro dos casos analisados aconteceu na Argentina, onde o paciente, de 4

anos de idade, recebeu uma dose alta de nafazolina estimada em 0,4mg/kg, como efeito de erro da farmácia na manipulação do medicamento. A criança, do sexo masculino, deu entrada em pronto socorro em estado hiporreativo, pálido e com as extremidades frias. Neste mesmo dia foi medicado com nafazolina no tratamento de sinusite. Evoluiu com má perfusão periférica, miose bilateral, hipotermia e bradicardia. Foi realizada expansão volêmica e controle térmico. Tornou-se assintomático em 24 horas e recebeu alta em 72 horas (DIAZ *et al.*, 2018, Tabla 1. Adaptado.).

O segundo dos casos foi descrito na Alemanha, onde um menino de 7 anos de idade estava em uso de gotas de uso nasal. Evoluiu para vômitos recorrentes e perda de consciência por 2 minutos. Ao chegar ao hospital apresentava sonolência e palidez, com reação somente ao estímulo doloroso forte, bradicardia, diminuição de peristalse e miose. Foi solicitada uma TC de crânio para excluir o sangramento intracraniano; a gasometria arterial e exames laboratoriais não apresentavam alterações.

O paciente foi internado em uma unidade de terapia intensiva com infusão de volume. Durante as primeiras seis horas foi observada persistência de bradicardia (por volta de 50 bpm) e hipertensão (pressão arterial de 145/95 mmHg). O paciente recuperou a consciência após 6 horas com amnésia retrógrada de eventos. Através de teste de profilamento de drogas foi evidenciada a presença de nafazolina em amostras de urina e de vômito (MUSSHOF *et al.*, 2003.).

Outro caso descrito, ocorrido em São Paulo, envolve um menino de 6 anos de idade, trazido para emergência aproximadamente 90 minutos após ingestão de 10 ml de solução com 0,1g de cloridrato de nafazolina, preparado em um frasco sem identificação na concentração de 0,02%, que apresenta o valor duas vezes maior do que recomendado pelo fabricante. Ao exame físico apresentava bradicardia, hipotermia e pressão arterial entre percentil 75 e 90. Foi realizada lavagem gástrica e administração de carvão ativado. O paciente evoluiu com sonolência e sudorese, com persistência de hipotermia e bradicardia. Realizado o eletrocardiograma, evidenciou-se bradicardia sinusal e foram colhidos exames laboratoriais sem alterações. Foi iniciada a infusão de volume e internação para monitorização. O valor mais baixo da bradicardia registrado foi de 47 bpm 3 horas após a ingestão. A sonolência e a hipotermia chegaram aos máximos após 7 horas. O valor mais alto da pressão arterial estava acima de percentil 99, porém o paciente não apresentou hipotensão subsequente. A sudorese persistiu até 12 horas após a ingestão, e o paciente recebeu alta 20 horas após o evento (ALVAREZ-PITTI *et al.*, 2006.).

Na Bélgica, uma lactente feminina com 15 meses de idade, com quadro de rinite, estava em tratamento com solução nasal manipulada na farmácia. A solução foi feita com apresentação de nafazolina de 1 mg/ml. Após o uso, os pais perceberam palidez, estupor e extremidades frias. Na admissão ao hospital foram relatados palidez, sonolência e desconforto respiratório com bradicardia (frequência cardíaca: 60 bpm), pressão arterial dentro de normalidade para a idade (96/50 mmHg) e hipotermia (34,8°C). Não foi observada rigidez de nuca, nem sintomas neurológicos focais. Foram solicitados exames laboratoriais e gasometria arterial, todos dentro dos limites de normalidade. Adicionalmente, foi realizada TC de crânio com laudo normal e iniciado naloxona IV e flumazenil IV sem melhora do quadro. Os sintomas bradicardia, sonolência e gasping persistiram durante

as primeiras horas, com a paciente respondendo somente ao estímulo forte. Todos os sintomas desapareceram espontaneamente após 24 horas, com alta hospitalar no próximo dia. A investigação toxicológica da urina evidenciou a presença de nafazolina (2 mcg/ml) (MAHIEU *et al.*, 1993.).

O quinto caso escolhido é o de uma lactente feminina de 1 mês de idade, que após o uso de gotas de nafazolina de uso nasal foi admitida no hospital comatosa, pálida, hipotônica, com hipotermia, hipertensão e bradicardia, apresentando episódios de apneia. Foi realizada infusão intravenosa de fentoloamina (antagonista alfadrenérgico), conseguindo-se controle de pressão arterial. Os demais sintomas desapareceram após 9 horas (CLAUDET *et al.*, 1997.).

O último dos casos varia entre os já relatados por descrever um caso de iatrogenia. Tal caso, entretanto, foi incluído neste trabalho por apresentar a evolução de intoxicação com nafazolina, com sintomas relatados pela equipe médica, a partir do início do uso da substância e com a monitorização contínua, o que torna esse relato mais detalhado do que os casos com início contado pelos pais da criança. O evento aconteceu na Alemanha, onde um paciente com 8 anos de idade, masculino, foi submetido a procedimento de adenoidecomia e tonsilectomia, com uso de nitrato de nafazolina para manejo de sangramento. Em 10 minutos após o início do uso o paciente evoluiu com bradicardia, hipertensão e vasoconstrição, resolvido pelo anestesiológico em 10 minutos, porém nos próximos 90 minutos apresentou hipotensão e bradicardia. Foi feito uso de orciprenalina (agonista beta-adrenérgico) e etilefrina (agonista alfa e beta adrenérgico), normalizando assim os parâmetros. O paciente ainda apresentava sonolência, hipotermia e padrão respiratório lentificado. Todos os sintomas desapareceram 24 horas após o evento (WENZEL *et al.*, 2004.).

Nos casos apresentados, o paciente mais novo era de um mês de idade e o mais velho de oito anos de idade. Em todos os casos os pacientes apresentavam bradicardia e hiporreatividade ou sonolência. Em cinco dos seis casos foi relatada hipotermia. Em quatro casos foram descritos palidez e hipertensão, e em três casos distúrbios respiratórios (gasping e apneia).

Em dois dos casos os pacientes evoluíram com extremidades frias e má perfusão periférica. Há relatos únicos de vômitos, sudorese, hipotonia e hipotensão. A resolução de todos os quadros ocorreu em até 24 horas após o evento. Em três casos foi realizada infusão de volume com monitorização, sem uso de medicamento. Nenhum dos relatos descreveu sequelas de longo prazo.

Além dos relatos de casos clínicos, existem publicações de estudos retrospectivos sobre intoxicação aguda com descongestionantes. Foram escolhidos dois estudos: um do Brasil e um da Bélgica.

O estudo retrospectivo realizado no Brasil incluiu 72 crianças com idades entre dois meses e 13 anos no período de 1994 a 1999, com exposição aguda a derivados imidazolínicos. A mediana de idade foi de 21 meses. Entre as crianças expostas, 57 apresentaram algum tipo de manifestação clínica, o que significa que quase 80% de crianças expostas tornaram-se sintomáticas. 13 das 15 crianças assintomáticas foram expostas a

fenoxazolina. Os pacientes expostos a nafazolina apresentaram maior risco de desenvolver manifestações clínicas – 47 de 48.

Em 46 casos a exposição aconteceu via oral e em 21 casos via nasal, o que torna a exposição oral mais comum - acima de 60% dos casos. 64,8% dos pacientes não apresentavam sintomas após 24 horas da exposição. O início das manifestações clínicas foi rápido, em até duas horas após a exposição. Um dos pacientes evoluiu com necessidade de assistência ventilatória mecânica após a ingestão de nafazolina, recebendo alta em três dias. As manifestações mais frequentemente observadas eram: sonolência, sudorese, palidez, hipotermia e bradicardia. Outros sintomas observados foram: extremidades frias, apneia e miose (BUCARETCHI *et al.*, 2003.).

O estudo realizado na Bélgica incluiu 254 relatos de exposição a derivados imidazolínicos em crianças, reportados ao Belgian National Poison Centre (Centro Nacional de Intoxicação na Bélgica) entre 1986 e 1991. 75% dos casos eram ingestões acidentais e 24% ocorreram via nasal. Em 80% dos casos a idade das crianças era abaixo de 4 anos, apresentando como sintoma mais comum sonolência. Em 50 casos foi necessária a internação hospitalar.

Dos casos incluídos, dezenove apresentaram dados suficientes para uma análise mais detalhada. Todas as dezenove crianças tinham menos de 6 anos, 73% delas com menos que 4. Os sintomas mais frequentes foram: sonolência, depressão respiratória, hipotermia, ataxia, coma, bradicardia, palidez, extremidades frias, sudorese, hipotensão, miose. Outras manifestações observadas incluíram: taquicardia e hipertensão arterial. Maioria dos casos necessitou internação hospitalar com tratamento sintomático. Em todos os casos os sintomas desapareceram em 24 horas.

Nos dois estudos descritos, a via mais comum de intoxicação foi a oral. Relata-se resolução em até 24 horas na maioria dos casos. As manifestações clínicas relatadas em ambos foram: sonolência, palidez, hipotermia, bradicardia e extremidades frias. A idade mais comum de intoxicação foi durante o período pré-escolar.

Ao analisar-se as conclusões retiradas dos casos clínicos e de estudos retrospectivos, nota-se que a idade mais comum de ocorrência de intoxicação pelos derivados imidazolínicos é abaixo de 8 anos. Os sintomas mais descritos são: bradicardia, sonolência, hipotermia e palidez, com associação menos frequente à hipertensão, extremidades frias, problemas respiratórios e sudorese (Tabela 3). A resolução dos quadros aconteceu, na maioria dos relatos, em até 24 horas, mais frequentemente com tratamento sintomático. Não foi encontrado relato de sequelas após a resolução do quadro.

Tabela 3 - Manifestações, sinais e sintomas de intoxicação aguda por descongestionante segundo o sistema envolvido.⁵

Sistema	Manifestações, sinais e sintomas
Nervoso	Sonolência, lentificação /coma, episódios de agitação e hiperatividade, miose, tremor, convulsão, alucinação, insônia, hiporreflexia/ hiperreflexiatransitória, sudorese
Respiratório	Bradipneia, respiração de cheyne-stokes, apneia, desconforto respiratório, cianose, edema pulmonar secundaria
Cardiovascular	Bradicardia / taquicardia, palidez, hipo / hipertensão, arritmia, extremidades frias
Gastrointestinal	Diarreia, náusea, vômitos, diminuição de peristalse

⁵ Fonte: síntese baseada em dados obtidos pela análise da literatura, descritos neste capítulo.

Diagnóstico de intoxicação

Na maioria dos casos, a criança com quadro de intoxicação aguda chega ao atendimento com o cuidador já suspeitando da causa do evento (BRYANT *et al.*, 2003.).

É de alta importância a anamnese detalhada e exame físico cuidadoso. Os dados obtidos através de anamnese podem fortemente sugerir o diagnóstico, como por exemplo, o histórico de quadro respiratório em uso de descongestionante ou presença de medicamentos com derivados imidazolínicos ao alcance do paciente infantil. Quando possível, é importante identificar a substância causadora (BRYANT *et al.*, 2003.), dose, via de exposição, ingestão acidental ou intencional, cuidador no momento da ingestão e há quanto tempo aconteceu o evento (BUCARETCHI *et al.*, 2005.). É importante também a informação sobre os sintomas apresentados antes da chegada para o atendimento.

Em caso de suspeita de intoxicação, é importante a avaliação de sinais vitais, incluindo saturação de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura corporal e escala Glasgow, a fim de avaliar-se a gravidade e procurar por sinais e sintomas descritos no capítulo anterior.

Na dúvida diagnóstica, relacionada à diferenciação das possíveis causas de intoxicação aguda, é importante colher os seguintes exames laboratoriais: glicemia, hemograma completo, bioquímica, gasometria arterial. Adicionalmente, deve-se realizar ECG.

Em casos a serem diferenciados com possível trauma ou hipertensão intracraniana, é importante avaliar a necessidade de tomografia computadorizada de crânio, avaliação oftalmológica e/ou punção lombar. Em casos com anamnese sugestiva de intoxicação pelos medicamentos, porém sem possibilidade de especificação exata do agente causador, é importante solicitar uma análise toxicológica de urgência e/ou o nível sérico das possíveis substâncias.

Diante de um quadro de intoxicação aguda em crianças, é importante considerar a ocorrência de maus-tratos e abuso infantil. Em crianças maiores de 5 anos, e especialmente maiores de 9 anos de idade, é essencial considerar ingestão intencional e tentativa de suicídio (BRYANT *et al.*, 2003.).

A intoxicação por derivados imidazolínicos causa um quadro inespecífico, porém sugestivo. Sendo assim, é de alta importância a realização de um diagnóstico diferencial com quadros que podem causar sintomas semelhantes. Algumas hipóteses diagnósticas importantes a serem consideradas (DIAZ *et al.*, 2018.) São: traumatismo, hipertensão intracraniana, sepse, desidratação grave, hipoglicemia, intoxicação com organofosforados, barbitúricos, benzodiazepínicos, álcool, opióides e hiperglicêmicos (Tabela 4) (MAHIEU *et al.*, 1993.).

Tabela 4 – Possíveis hipóteses diagnósticas diferenciais com principais sinais, sintomas e diagnóstico⁶.

Hipótese diagnóstica diferencial	Principais sinais e sintomas	Diagnostico
Traumatismo	Dependendo do tipo, localização e gravidade, por exemplo: taquidispneia, cianose, palidez, hipotensão, alteração da consciência	Anamnese e exame físico
Hipertensão intracraniana	Alteração da consciência, cefaléia, pupilas assimétricas, bradicardia, vômito	Anamnese, exame físico incluindo exame neurológico, avaliação oftalmológica, TC de crânio, punção lombar
Sepse	Febre, taquicardia, taquipneia, alteração da consciência, hipotensão	Anamnese, exame físico, exames laboratoriais
Desidratação grave	Sonolência, ausência de lágrimas, mucosas secas, diurese diminuída, taquicardia, hipotensão	Anamnese, exame físico, avaliação de peso corporal
Hipoglicemia	Palidez, sudorese, tremor, taquipneia, náusea e vômitos, seguidos por irritabilidade, cefaléia e confusão.	Anamnese, exame físico, glicemia
Intoxicação com organofosforados	Vômitos, diarreia, dor abdominal, broncoespasmo, miose, bradicardia, sudorese, tremores, taquicardia, hipertensão, paralisia muscular, agitação, convulsões, coma	Anamnese, exame físico
Intoxicação com barbitúricos	Letargia, nistagmo, saliva espessa, ataxia - até hipotensão, coma, parada respiratória, miose, perda de todos os reflexos, hipotermia	Anamnese, exame físico, nível sérico
Intoxicação com benzodiazepínicos	Letargia, ataxia, coma, parada respiratória, hipotermia, miose	Anamnese, exame físico
Intoxicação com álcool	Depressão do sistema nervoso central, hipoglicemia, coma, miose, hipotermia, hipotensão, pulsos finos	Anamnese, exame físico, odor característico, nível sérico
Intoxicação com opioides	Letargia, miose, hipotensão, hipotonia intestinal -depressão respiratória, apneia, edema pulmonar, convulsões, cardiotoxicidade	Anamnese, exame físico

Tratamento

Conforme discutido no capítulo anterior, a anamnese cuidadosa é indispensável, podendo está fortemente sugerir o agente causador do quadro. Após conseguir a suspeita forte de intoxicação por derivados imidazolínicos, é importante uma abordagem terapêutica adequada.

Os derivados imidazolínicos possuem uma absorção rápida. As medidas de descontaminação gastrointestinal, como carvão ativado, lavagem gástrica ou irrigação intestinal total, não se mostram eficazes. Adicionalmente, em virtude da depressão neurológica causada pela intoxicação e pela descontaminação gastrointestinal, tais derivados representam risco de broncoaspiração. Alguns autores sugerem uso de dose única de carvão ativado até uma hora após a ingestão, porém com avaliação de risco de complicações. Não existe nenhum antídoto específico para estes derivados (BUCARETCHI *et al.*, 2003.) (DIAZ *et al.*, 2018.). Existem, entretanto, relatos de possível benefício no uso de naloxona em casos de intoxicação com imidazolina (MUSSHOF *et al.*, 2003.).

A abordagem terapêutica em casos de intoxicação por descongestionantes nasais baseia-se no suporte clínico e tratamento sintomático.

⁶ Fonte: Fioretto J.R. *et al.* UTI Pediátrica – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 249; 328-335, adaptado.

O paciente que apresenta hipoglicemia deve receber soro glicosado calculado pelo peso (ALVAREZ-PITTI *et al.*, 2006.), sendo que a hipotensão deve ser tratada com expansão com cristaloides (etapa rápida), a hipotermia com medidas físicas e a bradicardia com atropina (DIAZ *et al.*, 2018.).

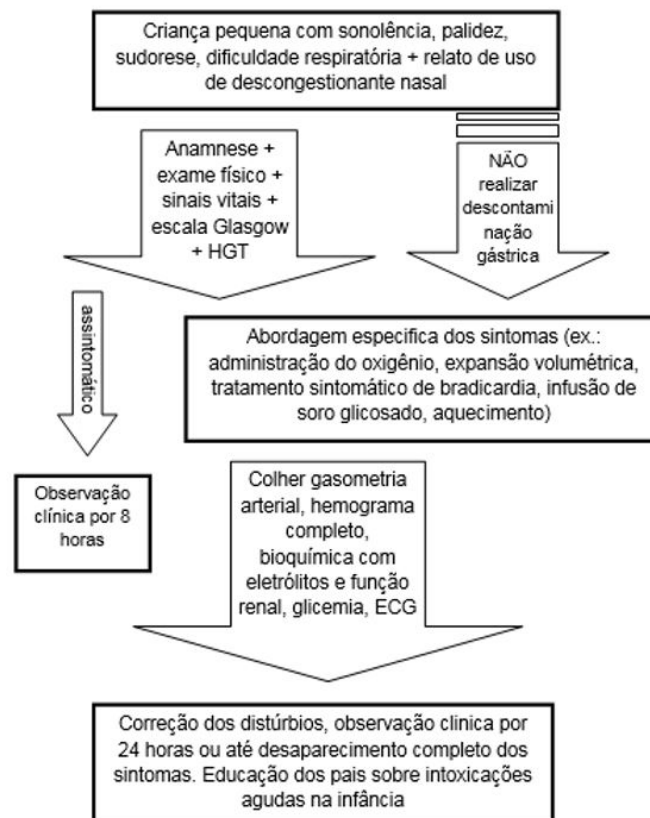
O paciente assintomático deve ficar em observação por 8 horas (DIAZ *et al.*, 2018, Tabla 1. Adaptado.). Em pacientes sintomáticos, como os dos casos clínicos analisados, os sintomas duram até 24 horas. Tais pacientes devem ficar sob vigilância clínica por cerca de 24 horas ou até o desaparecimento dos sintomas.

Esquema de abordagem diagnóstica e terapêutica em casos de intoxicação

O paciente que é trazido à unidade de emergência e urgência na faixa etária pediátrica, principalmente com menos de 8 anos de idade, apresentando sonolência, palidez, sudorese e dificuldade respiratória, cujos cuidadores relatam o uso de descongestionante nasal ou ingestão acidental de derivados imidazolínicos, apresenta uma forte suspeita de intoxicação aguda por descongestionantes nasais.

Na primeira avaliação (Figura 2), deve ser realizada a anamnese detalhada, incluindo-se as perguntas para excluir os outros diagnósticos, como presença de outros medicamentos ou de álcool ao alcance da criança, traumatismo, uso atual de medicação, infecções recentes, internações prévias e doenças diagnosticadas. É necessário obter informações sobre os outros sintomas do quadro atual caso não estejam presentes no momento da avaliação.

Figura 2 - Algoritmo terapêutico (DIAZ *et al.*, 2018, Tabla 1. Adaptado).



Apresenta-se como de alta importância o exame clínico cuidadoso, lembrando-se tanto dos sintomas comuns em intoxicação por derivados imidazolínicos como também dos

sintomas presentes em diagnósticos diferenciais deste quadro. É necessária a avaliação dos seguintes sinais vitais: frequência respiratória, cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial sistêmica, temperatura axilar e avaliação na escala Glasgow. As alterações encontradas devem ser corrigidas com tratamento específico, tendo este sido descrito no início deste capítulo.

É igualmente importante a realização dos exames laboratoriais, incluindo glicemia, hemograma completo, bioquímica com eletrólitos, função renal e gasometria arterial. Em caso de bradicardia ou outras alterações cardíacas pode ser útil a realização de eletrocardiograma.

Após a realização da avaliação clínica, abordagem sintomática e análise dos exames, o paciente deverá permanecer sob observação até o desaparecimento dos sintomas. Os pais e cuidadores da criança devem ser esclarecidos sobre a causa do quadro a fim de evitarem quadros parecidos no futuro (Figura 2).

Prevenção

Diante dos dados de incidência dos quadros de intoxicação em crianças anteriormente apresentados observa-se que a prevenção é indispensável, sendo essencial o papel do médico neste processo.

É necessário explicar para os pais e demais cuidadores o risco de intoxicação e os efeitos tóxicos dos medicamentos, especialmente os disponíveis sem prescrição. Adicionalmente, é fundamental educar os pais sobre o armazenamento correto das medicações presentes em ambiente domiciliar, além do descarte adequado das medicações não utilizadas.

Os medicamentos precisam ficar guardados fora de alcance das crianças, em armários fechados e longe de alimentos. Os profissionais de saúde (BRYANT *et al.*, 2003.) Precisam deixar claras, tanto para as crianças quanto para seus responsáveis, as diferenças entre medicamentos e doces (DA CUNHA *et al.*, 2017.), de forma que estes possam sempre serem usados em doses corretas e sob a supervisão de um adulto responsável (SILVA *et al.*, 2010.). Da mesma forma, é importante identificar os casos de ingestão intencional, sendo esta mais frequente em crianças maiores em difícil situação familiar e em diferentes ocasiões. A identificação dessas situações e o oferecimento de opções de apoio social e psicológico são essenciais na prevenção de outros eventos (BRYANT *et al.*, 2003.).

Existe também a questão da importância das medidas de regulação de embalagens e propaganda dos fármacos. Esta função, todavia, não depende diretamente do profissional no consultório nem na emergência (BRYANT *et al.*, 2003.), o que não diminui a importância desta medida de prevenção (DA CUNHA *et al.*, 2017.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os derivados imidazolínicos são um grupo de substâncias comumente utilizadas como descongestionantes nasais e oftalmológicos, principalmente em tratamento sintomático de sinusite e resfriado. Apresentam ação vasoconstritora rápida, principalmente periférica, podendo também apresentar efeito sistêmico sobre o sistema nervoso central. Estão facilmente disponíveis para a população, sem prescrição nem orientação médica. Existem no mercado brasileiro produtos registrados para a faixa etária pediátrica a partir de 2 anos de idade.

Os derivados imidazolínicos apresentam-se como uma causa importante das intoxicações agudas em pediatria. Segundo registros oficiais dos Estados Unidos, acontecem de 2 a 3 casos por ano de intoxicação aguda por essas substâncias na faixa etária pediátrica, com aumento de incidência na época de outono e inverno, principalmente em crianças com menos de 8 anos de idade. Possivelmente, a incidência real dos casos é ainda maior, porém, por dificuldade diagnóstica, esta não é devidamente reportada.

Os sintomas mais comuns de intoxicação aguda por descongestionantes são: bradicardia, sonolência, hipotermia e palidez, podendo ser associados à hipertensão, extremidades frias, desconforto respiratório e sudorese. O quadro resolve-se em até 24 horas e pode exigir tratamento sintomático e monitoração em UTI-Pediátrica.

Pelo fato de o quadro de intoxicação por derivados imidazolínicos causar sintomas inespecíficos e não existir nenhum exame laboratorial específico para diagnóstico deste, é indispensável a anamnese detalhada junto aos cuidadores da criança, o exame físico cuidadoso e o conhecimento dos diagnósticos diferenciais. Outras hipóteses diagnósticas com semelhança ao quadro são: traumatismo, hipertensão intracraniana, sepse, desidratação grave, hipoglicemia, intoxicação com organofosforados, barbitúricos, benzodiazepínicos, álcool, opióides e hiperglicêmicos. Por causa disso, deve-se realizar os exames laboratoriais, incluindo glicemia, hemograma completo, bioquímica com eletrólitos, função renal e gasometria arterial, além de avaliar-se a necessidade de eletrocardiograma.

O esquema terapêutico envolve a abordagem específica dos sintomas, correção dos distúrbios e observação clínica até o desaparecimento dos sintomas. Não foi comprovado benefício no uso de métodos de descontaminação gastrointestinal, aumentando assim um possível risco de broncoaspiração. Não há antídoto específico para tal quadro. Em crianças maiores é importante descartar a ingestão intencional e avaliar o risco de repetição do quadro.

É de alta importância a educação dos cuidadores acerca dos riscos de intoxicação por medicamentos. Como foi mostrado neste trabalho, existem várias ações de risco sendo feitas pelos pais, como administração inadequada dos remédios, armazenamento ao alcance das crianças e o desconhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos disponíveis sem prescrição médica.

Conforme apresentado neste trabalho, o quadro de intoxicação aguda por descongestionantes nasais e oftalmológicos é um evento relativamente comum e com rápido desenvolvimento de sintomas, podendo chegar a um quadro grave com necessidade

de terapia intensiva. Sendo assim, o conhecimento da incidência, sintomas e abordagem terapêutica mostra-se importante para os pediatras e médicos que atendem tais situações. É de suma importância a prevenção, sendo esta um papel importante não somente dos pediatras, mas também de todos os profissionais de saúde.

Espera-se com este trabalho facilitar o reconhecimento e a conduta nos quadros de intoxicação por descongestionantes nasais e oftalmológicos na faixa etária pediátrica.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ-PITTI J., RODRIGUEZ-VARELA A., MORALES-CARPI C., LURBE E., ESTAN L. Naphazoline intoxication in children, *Eur J Pediatr* (2006) 165:815–816.
- BERQUO L.S, BARROS A.J.D., LIMA R.C., BERTOLDI A.D. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade, *RevSaude Publica* 2004;38(3):358-64.
- BRUNTON L.L, CHABNER B.A., KNOLLMANN B.C., Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Twelfth edition. New York: McGraw-Hill, 2011, p. 302.
- BRUNTON L.L, CHABNER B.A., KNOLLMANN B.C., Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Twelfth edition. New York: McGraw-Hill, 2011, p.300.
- BRYANT S., SINGER J., Management of toxic exposure in children, *EmergMedClin N Am* 21 (2003)101-119.
- BUCARETCHI F., BARACAT E.C.E. Exposições tóxicas agudas em crianças: um panorama, *Jornal de Pediatria – Vol.81, N5 (Supl.)* 2005.
- BUCARETCHI F., DRAGOSAVAC S., VIEIRA RONAN, Exposição aguda a derivados imidazolínicos em crianças, *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(6):519-24.
- BURGHARDT L.C., AYERS J.W., BROWNSTEIN J.S., BRONSTEIN A.C., BURNS EWALD M., BOURGEOIS F.T., Adult prescription drug use and pediatric medication exposures and poisonings, *Pediatrics* volume 132, number 1, July 2013.
- CLAUDET I., FRIES F., Danger des vasoconstricteurs nasaux chez le nourrisson. À propos d'une observation, *Arch. Pediat.* 4(1997) 538–541.
- DA CUNHA LOBO SOUTO MAIOR M., GARCIA SEROPA OSORIO-DE-CASTRO C., LOURENCO TAVARES DE ANDRADE C. Internações por intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos no Brasil, 2003-2012, *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 26 (4):771-782, out-dez 2017.
- DIAZ M, GRANSON E, TAIMAN J, *et al.* Intoxicación grave con nafazolina: puesta al día a partir de un error terapéutico. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(4): e626-e629.
- DIAZ M, GRANSON E, TAIMAN J, *et al.* Intoxicación grave con nafazolina: puesta al día a partir de un error terapéutico. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(4): e626-e629, Tabla 1. Adaptado.
- FONTE: Fioretto J.R. *et al.* UTI Pediátrica – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 249; 328-335, adaptado.

<https://consultas.anvisa.gov.br>

<https://sinitox.iciet.fiocruz.br/sites/sinitox.iciet.fiocruz.br/files//Brasil7.pdf>, adaptação dos dados pelo autor.

JOB RAMOS C.L., MOSTARDEIRO TARGA M.B., TETELBOM STEIN A., Perfil das intoxicações na infância atendidas pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT/RS), Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1134-1141, jul-ago, 2005.

KATZUNG B.G., TREVOR A.J., Farmacologia básica e clínica. 13. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2017, p. 145.

MAHIEU L.M., ROOMAN R.P., GOOSENS E., Imidazoline intoxication in children, Eur. J. Pediatr. 152 (1993) 944-946.

MESSIAS DOMINGOS S., BARBOSA ALVES BORGHESAN N., DE FATIMA GARCIA LOPES MERINO M., HARUMI HIGARASHI I., Internações por intoxicação de crianças de zero a 14 anos em hospital de ensino no Sul do Brasil, 2006-2011, Epidemiol.Serv. Saude, Brasília, 25(2):343-350, abr-jun2016.

MUSSHOFF F, GERSCHLAUER A, MADEA B., Naphazoline intoxication in a child-aclinical and forensic toxicological case., Forensic Sci Int. 2003 Jul 8;134(2-3):234-7.

Pesquisa do site ANVISA: <https://consultas.anvisa.gov.br>, realizada em abril de 2019.

RABELO BURNS D. A. [et al.]. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP. Manole, 2017, p. 223 e 424.

SILVA R., REZENDE BARBOSA RAPÓSO N., MARTINS F.J., PADULA ALVES VIEIRA R.C. Medicamento como risco no ambiente doméstico, Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (2):209-16.

TAYLOR K, MASLOV Y. Accidental Pediatric Exposure to Imidazoline Derivatives. J EmergNurs 2013; 39(1):59-60.

VILACA L., CARDOSO P.R. Intoxicações na infância: panorama geral do perfil das intoxicações em diferentes países, RevMed Minas Gerais 2014;24(1):21-25.

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (percentiles) – World Health Organisation. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_boys_p_0_5.pdf?ua=1%C2%A0>. Acesso em 31 jul. 2019, 21:33.

WENZEL S, SAGOWSKI C, LAUX G, KEHRL W, METTERNICH FU., Course and therapy of intoxication with imidazoline derivate naphazoline., Int J PediatrOtorhinolaryngol. 2004 Jul;68(7):979-83.

Culturas de infâncias em pacientes com doenças crônicas: o olhar das crianças brasileiras e moçambicanas

Childhood cultures in patients with chronic diseases: the perspective of brazilian and mozambican children

Andrea Bruscato

Universidade Federal de São Paulo, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4091848609328190>

Dionísia Ana Bata

Hospital Distrital de Massinga, Moçambique

RESUMO

Este estudo busca refletir acerca das implicações que o meio social acomete na vida das crianças brasileiras e moçambicanas em tratamento de saúde ambulatorial e/ou hospitalar e que, portanto, constroem uma cultura própria advinda desses ambientes. Essas crianças, marcadas por inúmeras experiências diferentes daquelas que não frequentam espaços de saúde regularmente, vivenciam e externalizam comportamentos relacionados ao meio. Através de uma pesquisa qualitativa a nível internacional, buscou-se entender as ações das crianças entre seis e nove anos de idade que ocupam e produzem culturas. Para tanto, foram utilizados questionários, diálogos entre pesquisador/paciente, desenhos e jogos lúdicos. Em vistas ao protagonismo infantil em seu processo de desenvolvimento, foram apresentados os olhares das crianças ao fato de ser paciente pediátrico em diferentes lugares do mundo. Ao final, constatou-se que tanto as crianças brasileiras como as moçambicanas foram marcadas por experiências semelhantes, utilizando palavras concernentes ao tratamento de saúde, repetição de atividades lúdicas que imitam a vida hospitalar e construção de uma cultura específica refletidas no modo de viver a doença e compreender o mundo.

Palavras-chave: culturas de infâncias. pacientes pediátricos. doenças crônicas. Brasil. Moçambique.



ABSTRACT

This study seeks to reflect on the implications that the social environment affects the lives of Brazilian and Mozambican children undergoing outpatient and/or hospital health treatment and, therefore, build their own culture arising from these environments. These children, marked by numerous different experiences from those who do not regularly attend health spaces, experience and externalize behaviors related to the environment. Through qualitative research at an international level, we sought to understand the actions of children between six and nine years of age who occupy and produce cultures. For that, questionnaires, dialogues between researcher/patient, drawings and playful games were used. In view of children's protagonism in their development process, the views of children were presented to the fact of being a pediatric patient in different parts of the world. In the end, it was found that both Brazilian and Mozambican children were marked by similar experiences, using words related to health treatment, repetition of recreational activities that imitate hospital life and construction of a specific culture reflected in the way of experiencing the disease and understand the world.

Keywords: childhood cultures. pediatric patients. chronic diseases. Brazil. Mozambique.

INTRODUÇÃO

A infância é caracterizada por uma fase resultada da experiência de ser criança. Apesar de ser uma categoria estrutural permanente, pela qual todas as crianças passam até se tornarem adolescentes/jovens/adultos, ela se difere no tempo social, ou seja, a infância no século XXI não é a mesma de séculos passados. De acordo com Qvortrup (2010), a infância faz parte da sociedade e, a todo instante, nascem novas crianças e outras deixam de fazer parte dessa categoria, pois já cresceram. Assim, “a categoria infância não desaparece, ao contrário, continua a existir para receber novas gerações de crianças” (IBID, 2017, p. 637).

Além do tempo social, a infância se diferencia pela dimensão vertical das fases relacionadas ao desenvolvimento infantil. Logo, dentro da categoria teremos características diferentes para cada faixa etária entre zero e onze anos de idade.

Outra diferenciação diz respeito às interferências culturais infantis produzidas em uma “relação de interdependência com culturas societais atravessadas por relações de classe, de gênero e de proveniência étnica” (SARMENTO, 2002, p. 4). Desta forma, a infância indígena não é a mesma da infância branca, que não é a mesma da infância escrava, que não é a mesma da infância que trabalha.

Posto isso, podemos afirmar que a infância tem um tempo cronológico parecido, que se assemelha nos modos da criança se desenvolver, “da imaturidade (por exemplo, sexual) à maturidade, da incompetência (por exemplo, cognitiva) à competência, da incapacidade (por exemplo, motora funcional) à capacidade, e assim por diante” (QVORTRUP, 2010, p. 635), mas que se diferencia no jeito próprio que cada criança tem de ver e sentir a vida.

Assim como as diferenças apresentadas acima, sabemos que a infância traz singularidades próprias do ser criança, geradas por diversas demandas, como por exemplo:

ao nascer, o bebê necessita do outro para sobreviver, seja para ser alimentado, aquecido ou protegido.

Quando a criança nasce ou adquire uma doença crônica (DC), ela passa a depender ainda mais de alguém para sobreviver, visto que a DC geralmente é incurável, pode deixar sequelas, impor limites às funções do indivíduo e requerer adaptações (BRASIL, 2014). Tal condição nos leva a crer que essas necessidades geram similaridades entre crianças de diferentes contextos sociais e geográficos, dada as características próprias geradas pela condição da doença e do tratamento de saúde, o que impõe uma nova cultura de infância: a de crianças portadoras de doenças crônicas.

Compreender como vivem e pensam essas crianças, seus modos de ver, de sentir e de agir, escutar seus gostos ou preferências é uma das formas de compreender a cultura de infância de crianças hospitalizadas ou em tratamento de saúde constante. Para tanto, é preciso deixar as crianças advirem como agentes de sua própria ação e discursos, capazes de participar de suas vidas nas tomadas de decisões sobre temas que lhe dizem respeito (MALAGUZZI, 2001). É garantir-lhes o “direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário” (BRASIL, 1995).

Diante do exposto, este estudo visa refletir acerca das semelhanças de experiências produzidas por crianças portadoras de DC em contextos diferentes. Acredita-se que, mesmo em países distintos, como Brasil e Moçambique, as crianças produzem culturas de infâncias similares. Este trabalho é um recorte da pesquisa “Culturas da infância: o olhar da criança ao ambiente hospitalar”, aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número CAAE: 60555422.0.0000.5505.

METODOLOGIA

O estudo pauta-se em uma abordagem qualitativa onde, segundo Chizzotti (1995, p.79), “o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados”, mas repleto de “significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”. Na tentativa de conhecer os fenômenos constituintes da realidade hospitalar, buscou-se uma aproximação com as crianças, dada a sua complexidade e dinamicidade dialética. De acordo com Gonçalves (2001, p.67), “a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto.” Os movimentos de observar/registrar/analisar foram contínuos, exatamente por se tratar de ambiente hospitalar, onde novas situações e intercorrências poderiam acontecer.

A abordagem metodológica foi apoiada nos estudos de Malaguzzi (2001), na tentativa de entender o que estava acontecendo com as crianças e como elas percebiam o tratamento de saúde. Esta foi uma forma de conhecer mais sobre as crianças, o contexto hospitalar/ambulatorial e os modos como são produzidas suas culturas de infâncias. Segundo Martins e Bretas (2008), a ideia de que a infância é um espaço-tempo constituidor de saberes e cultura, desafia os pesquisadores a dialogarem com as crianças através da escuta sensível, para saber mais sobre seus desejos, alegrias, medos e incertezas.

Os instrumentos de coletas pautaram-se na oralidade dos entrevistados acerca de suas rotinas no hospital/ambatório, do ser criança e viver a infância, e dos registros escritos e gráficos. Os recortes nos discursos remetem aos conceitos de ser criança, brincar, frequentar a escola, a doença e a rotina do tratamento de saúde. Silva, Barbosa e Kramer (2008) apontam que o trabalho do pesquisador implica na sua capacidade de “olhar, ouvir e escrever”.

Os responsáveis pelas crianças foram informados da pesquisa e puderam decidir pela participação, ou não das mesmas. As crianças também tiveram liberdade de escolha. Para fins de proteção, os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo.

Ao longo do trabalho, apresentaremos dados coletados com nove crianças entre 6 e 9 anos de idade, portadoras de Cardiopatia, Desnutrição, Doença de Crohn, Enterocolite, Insuficiência Renal e Vírus da Imunodeficiência Humana (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro identificatório das crianças.

CRIANÇA	IDADE	SEXO	DOENÇA	PAÍS
1	6 anos	F	HIV/SIDA	Moçambique
2	6 anos	M	HIV/SIDA	Moçambique
3	7 anos	F	HIV/SIDA	Moçambique
4	8 anos	M	Insuficiência Renal	Brasil
5	8 anos	M	Enterocolite + Desnutrição	Brasil
6	8 anos	F	HIV/AIDS + Cardiopatia	Brasil
7	8 anos	F	Enterocolite + Desnutrição	Brasil
8	9 anos	F	Insuficiência Renal	Brasil
9	9 anos	F	Doença de Crohn	Brasil

Fonte: Autoria própria (2023)

Para fins comparativos, utilizou-se a estrutura proposta por Mortimer e Scott (2002) para análise, compreensão e discussão da dinâmica interativa, caracterizada quando pesquisador e paciente exploram ideias, formulam perguntas e consideram diferentes pontos de vista. Por se tratar de crianças, houve um cuidado ético maior em respeito às diversas formas de expressão, bem como ao fato de estarem em ambiente hospitalar/ambulatorial, onde as emoções são mais intensas como chorar, sentir dor, saudade e medo. Além da observação direta, o desenho comentado possibilitou às crianças refletirem sobre suas experiências.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As doenças crônicas são enfermidades de lento desenvolvimento e longa duração, podendo acompanhar a pessoa durante toda a vida (OMS). Elas são classificadas em doenças transmissíveis (DT) e não transmissíveis (DCNT). Dados mundiais apontam que milhões de pessoas sofrem de, pelo menos, uma doença crônica. Nesse número, encontram-se muitas crianças que vivem sua infância precisando se adaptar a diferentes tratamentos no controle das mesmas.

Desde 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem chamando atenção

para as doenças crônicas em crianças e adolescentes, visto que a visão de saúde deve se relacionar à qualidade de vida do paciente, porque a maioria das DC não têm cura. “No Brasil, dados mostram que entre 9% e 11% das crianças e adolescentes são portadoras de uma doença crônica” (RIBEIRO, 2019, s.n.), tais como: alergias, obesidade, asma, fibrose cística, cardiopatias congênitas, diabetes, anemia falciforme, desnutrição, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, cânceres, doenças renais entre outras.

Nesse artigo, as crianças participantes são acometidas pelas seguintes doenças:

* Cardiopatia – doença que afeta o coração e o sistema vascular. Os sintomas mais comuns são variações na pressão arterial, fadiga e irregularidades no batimento cardíaco;

* Desnutrição – doença ocasionada pela falta ou excesso de um ou mais nutrientes essenciais, afetando o desenvolvimento da criança;

* Doença de Crohn - doença inflamatória intestinal, que afeta a parte inferior do intestino delgado, onde ocorre a absorção da maior parte dos nutrientes, e intestino grosso. Durante as crises, apresenta diarreia, vômitos, náuseas e dor abdominal;

* Enterocolite – doença inflamatória do trato digestivo. Os sintomas são intolerância alimentar, letargia, instabilidade térmica, íleo paralítico etc.;

* Insuficiência Renal Crônica (IRC) - acomete o funcionamento dos rins, causando náuseas, confusões mentais, inchaço, entre outros, sendo necessário terapias renais substitutivas, como diálise e hemodiálise;

* Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/SIDA/AIDS) - consiste em uma infecção que provoca a falência do sistema imunológico, impedindo que o organismo combata o vírus. Entre crianças, a principal forma de transmissão é vertical, ou seja, da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento.

Sabemos que as DC impactam diretamente a rotina de vida das crianças, seja nas visitas regulares aos ambulatórios e centros médicos para medicação, seja em longos períodos de internação. Estar em ambiente hospitalar/ambulatorial impõem às crianças novos papéis sociais definidos pelas relações que se constituem com a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pedagogos entre outros), além de modificações na rotina familiar e no convívio social. Como isso afeta a sua infância? Podemos elencar características de ser criança que se assemelham em pacientes crônicos brasileiros e moçambicanos?

Ao longo desse estudo, buscamos comparar dados entre Brasil e Moçambique.

Figura 1 – Mapa do território de Brasil (BR) e Moçambique (MZ).



Fonte: Wikipédia, (2019).

Ambos países foram colônias de Portugal, falam português e têm como religião principal o catolicismo. No Quadro 2 são apresentados alguns indicadores de cada país.

Quadro 2 - Diferenças entre Brasil e Moçambique.

INDICADORES	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
EXTENSÃO TERRITORIAL	8.510.417,771 KM ²	801 590 KM ²
POPULAÇÃO	203.062.512 (Censo de 2022)	27 909 798 (Censo de 2017)
LÍNGUA OFICIAL	Português	Português
RENDA PER CAPITA	US\$ 16.763	US\$ 1.243
OBRIGATORIEDADE ESCOLAR	DOS 4 AOS 17 ANOS	DA 1ª À 9ª CLASSE/SÉRIE
SISTEMA ÚNICO/NACIONAL DE SAÚDE	Desde 1988	Desde 1975
COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 12 MESES	100% na maioria dos estados brasileiros, entre os anos de 2003 a 2015	Abaixo de 70% na maioria das províncias
MORTALIDADE INFANTIL	13,3 óbitos por mil nascidos vivos entre os anos de 2017 a 2019	53 por mil nascidos vivos
DESNUTRIÇÃO EM MENORES DE 5 ANOS (ALTURA X IDADE)	5,3% em 2021	No período de 1997 a 2011, a desnutrição crônica passou de 41% para 43%
CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV	Em 2021, foram registrados 135.375 mil casos de infecção por HIV em crianças e jovens até 24 anos, sendo que na faixa de 2 a 17 anos, apenas 5.875 deles faziam uso da terapia antirretroviral	200.000

Fonte: Dados compilados do Unicef, OMS, Constituições, Censos e Ministérios da Saúde.

A criança e a doença

Ao iniciarmos a pesquisa, perguntamos às crianças o que elas estavam fazendo naquele espaço (hospital/ambulatório), e se podiam fazer um desenho que representasse a situação na qual estavam vivendo. Todas responderam que era “porque estavam doentes” ou que era “para tomar remédio”. Entretanto, ao serem questionadas sobre a doença, ouvimos desde “sim, eu sei o nome da minha doença, o que posso ou não fazer” até “eu não sei; minha mãe é quem sabe” (Quadro 2).

Quadro 3 - Respostas das crianças para as perguntas: O que você veio fazer aqui? Qual doença você tem? O que você não pode fazer por causa da doença?

CRIANÇA	RESPOSTA
1	Eu vim tomar remédio. (Não sabe o nome da doença, nem o que não pode fazer)
2	Eu tomo remédio aqui. (Não sabe o nome da doença) Eu posso fazer o que eu quiser.
3	Eu vim tomar remédio. (Não sabe o nome da doença) Eu posso fazer o que eu quiser, mas tenho que cuidar para não me ferir quando estiver com os amigos.
4	Eu tive febre e daí o médico disse que eu ia ficar internado. Eu tenho problema nos rins. Eu não posso comer sal e nem banana, porque tem muito potássio.
5	Eu tenho um probleminha, e por isso eu não estava ganhando peso e passava mal toda vez que comia. A minha mãe me levou no médico e eu vim pra cá fazer cirurgia e tomar leite pela sonda.
6	Eu não sei; minha mãe é quem sabe.
7	Eu tinha muita dor e só vomitava, então eu vim para cá. Meu problema é no intestino. Eu não devia ter comido aquele pudim.
8	Eu tenho insuficiência renal crônica. Eu vim fazer hemodiálise. Eu não posso comer aquela fruta que é uma estrelinha (carambola), se não eu morro.
9	Eu tenho Chron. Eu vim para o hospital, porque estava saindo sangue no meu cocô. Eu não posso comer batata-frita, nem chocolate, se não, já era! Dá diarreia e precisa voltar para o hospital

Fonte: Autoria própria (2023)

Segundo Galano *et al.* (2010, p. 11):

Ainda nos tempos atuais, muitos profissionais e familiares acreditam que manter o segredo em torno da doença é uma forma de preservar as crianças de preocupações desnecessárias. Na realidade, mesmo as menores entendem que há algo de diferente acontecendo em seus corpos e no seu cotidiano. Elas observam suas idas e vindas ao hospital, ouvem o discurso dos adultos, e conseqüentemente, pensam, imaginam e fantasiam muitas histórias.

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) apresenta um guia terapêutico orientando que a revelação do diagnóstico deve ser tratada como um processo gradual e progressivo. Eles apresentam alguns tópicos que devem ser analisados, tais como:

* Os pais e outros responsáveis pela criança devem ser aconselhados por profissional de saúde devidamente capacitado, para a revelação do diagnóstico de infecção à criança.

* A revelação do diagnóstico deve ser individualizada e ajustada à capacidade cognitiva da criança, seu estágio de desenvolvimento, condições clínicas e sociais.

* Crianças menores podem, não necessariamente, ser informadas de seu diagnóstico, mas, em geral, estão interessadas em aprender sobre sua condição e o que irá acontecer a elas em um futuro imediato.

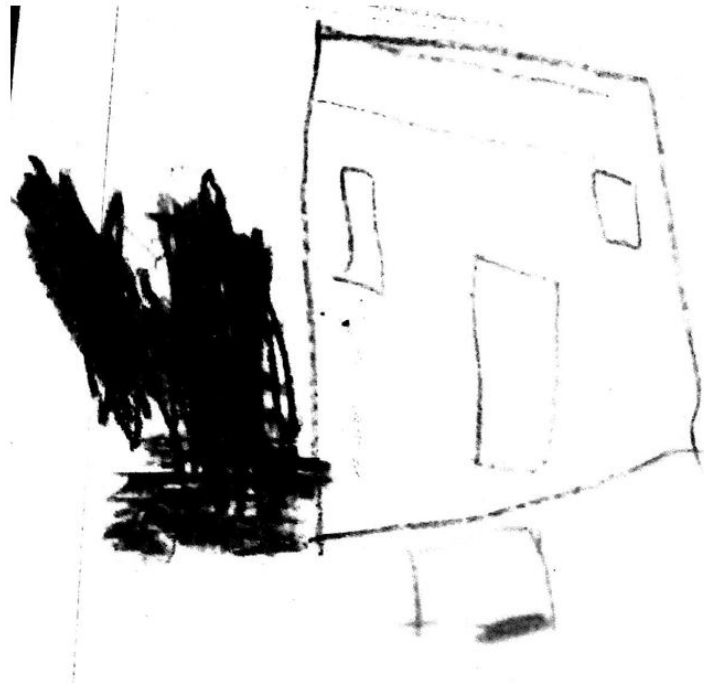
* Deve ser encorajada a revelação para as crianças em idade escolar. O processo da revelação deve ser discutido e planejado com os pais ou responsáveis, e pode requerer várias visitas/consultas para avaliar o nível de esclarecimento da criança e sua capacidade de enfrentá-la. Idealmente, a revelação deve ser conduzida em situação controlada, na presença dos pais e profissionais de saúde capacitados (BRASIL, 2008, p. 8).

Assim, o momento apropriado, o nível de informação e a priorização dos assuntos dependem do contexto em que a criança está inserida. Galano *et al.* (2010) reiteram ao afirmar que a revelação diagnóstica é um processo e, portanto,

Deve ser iniciada o mais precocemente possível, de acordo com a capacidade de compreensão de cada faixa etária. Diante das primeiras manifestações de curiosidade em relação às consultas médicas, coletas de exames, medicações de uso constante, vindas frequentes ao hospital, entre outros procedimentos, a criança deve ser esclarecida considerando sua capacidade de compreensão e as inquietações apresentadas. Cada pergunta deve ser respondida de forma simples e objetiva (GALANO *et al.*, 2010, p. 21).

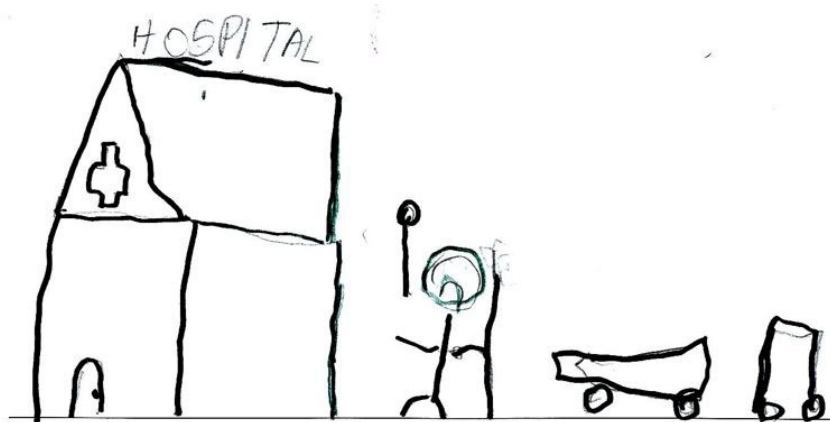
A criança 1, em seu desenho, rasurou a sua imagem (Figura 2). Durante os comentários, disse que “não gostava do hospital, que não se sentia à vontade e tinha medo de ficar hospitalizada. O fato de ter que tomar medicação era muito chato para ela.”

Figura 2 – Desenho da criança 1 no hospital.



Do mesmo modo, a criança 4 representou sua chegada no hospital, com a maca da ambulância e o suporte que carrega o soro (Figura 3).

Figura 3 – Desenho da criança 4 chegando no hospital.



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

Além dos impactos da doença crônica que alteram a rotina da criança, a dor é outra “experiência sensorial e emocional desagradável que resulta da lesão real ou potencial dos tecidos associada aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos” (MONTEIRO, 2014,

s.n.), como a punção venosa, seja por motivos de diagnóstico ou para administração medicamentosa. A escolha do cateter e acessórios para a perfusão, a obtenção do acesso, a necessidade ou não de imobilização, tudo isso acarretará em um tipo de experiência, representando fator elevado de desconforto e estresse, podendo gerar medo e ansiedade na criança.

Na Figura 4 temos a representação de uma menina recebendo medicação. Ela sabe que isso ajudará no controle dos sintomas da doença. Apesar de sentir dor, escolheu a mão que não escreve para ser puncionada.

Figura 4 – Desenho da criança 9 no hospital.



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

A criança e o brincar

Uma das perguntas do questionário dizia respeito à rotina das crianças. As respostas giraram sempre em torno de acordar, banhar-se, tomar café, ir para a escola e brincar.

Brincar é uma das atividades sociais mais significativas da infância. Sarmiento (2002, p. 12) aponta que “brincar é muito do que as crianças fazem de mais sério”, e que a “natureza interactiva do brincar constitui-se como um dos primeiros elementos fundacionais das culturas da infância”. As crianças, ao serem questionadas sobre as brincadeiras, responderam que gostam de brincar de bonecas, carrinhos, panelinhas e jogos.

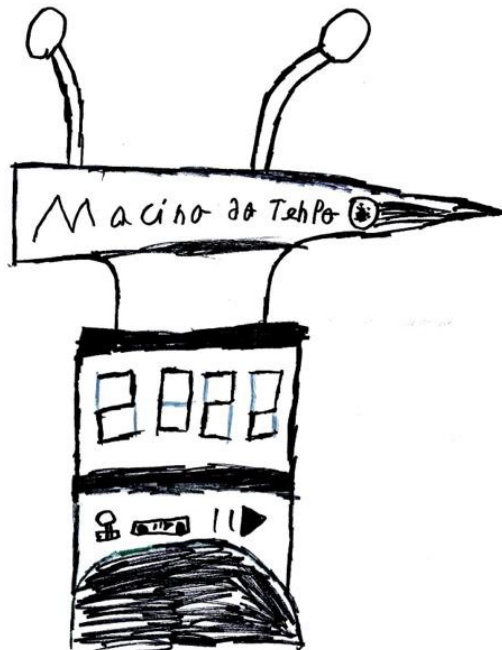
Winnicott (1982) afirma que as brincadeiras infantis são ricas em imaginação e percepção da realidade externa. Brincar também é condição da aprendizagem. “Não espanta, por isso, que o brincar, o jogo e o brinquedo acompanhem as crianças nas diversas fases da construção das suas relações sociais” (SARMENTO, 2002, p.12).

Sarmiento afirma ainda que:

A cultura de pares permite às crianças apropriar, reinventar e reproduzir o mundo que as rodeia, numa relação de convivência que permite exorcizar medos, construir fantasias e representar cenas do cotidiano, que assim funcionam como terapias para lidar com experiências negativas, ao mesmo tempo que se estabelecem fronteiras de inclusão e exclusão (de gênero, de subgrupos etários, de status, etc.) que estão fortemente implicados nos processos de identificação social (SARMENTO, 2002, p. 11).

Ao representar a rotina de brincadeiras, a criança 7 desenhou uma máquina do tempo (Figura 5). Disse que esta possibilitaria “voltar atrás e evitar que comece o pudim”, sendo este o alimento desencadeador da crise e internação hospitalar.

Figura 5 – A máquina do tempo.



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

Segundo Harris (2002, p. 226), as crianças são competentes e capazes em “imaginar uma panóplia de sensações, necessidades e de emoções dissociadas da realidade envolvente”. Para esta criança, o causador da internação e mal-estar foi ter comido o pudim. Deste modo, o “real” passou a ser, para ela, a interpretação que fez de acontecimentos e situações vividas.

A criança e a escola

A escola representa, para as crianças, um espaço muito além do ensino e aprendizagem de conteúdos curriculares. É o local onde elas encontram seus pares, aprendem a participar da vida cidadã, compartilhar matrizes culturais, observar saberes comuns e desenvolver o conhecimento. Segundo Libâneo, Oliveira e Toschi (2005, p.117), a escola promove “o domínio dos conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades cognitivas e afetivas indispensáveis ao atendimento de necessidades individuais e sociais dos alunos”. Por isso, à medida que as crianças faltam a escola, os processos são afetados.

Ao serem questionadas sobre a escola, as crianças expressaram suas opiniões (Quadro 4).

Quadro 4 - Respostas das crianças às perguntas: Você gosta de ir à escola? Qual série/ classe você estuda? O que você mais gosta de fazer na escola? Seus amigos sabem sobre a sua doença?

CRIANÇA	RESPOSTA
1	Sim, mas às vezes eu tenho saudades de casa. (Estuda na 1ª classe)
2	Eu gosto de ir para a escola aprender coisas novas e estudar o Português. (Estuda na 2ª classe. Os amigos não sabem da doença)
3	Eu gosto de ir para a escola para estar com os meus amigos. (Estuda na 2ª classe. Os amigos não sabem da doença)
4	Eu ainda não fui para a escola nova. Eu vou estudar na 2ª série, daí que eu vou conhecer os meus colegas.
5	Eu gosto de ir para a escola, brincar com minhas amigas e aprender. A minha professora contou para os meus colegas da minha doença. Sabia que eu já estou no 3º ano?
6	Eu não vou muito para a escola. A minha mãe pega os livros e eu faço a lição em casa, porque eu passo mal. (Estuda no 2º ano. Os amigos sabem apenas da cardiopatia)
7	Eu estudo no 3º ano. Todos os meus colegas sabem, porque eu falto muito à escola, e eles me passam a matéria. Eu gosto mais é de Educação Física.
8	Esse ano, eu ainda não fui para a escola. Eu não gosto quando ficam me perguntando e eu tenho de explicar a minha doença.
9	Eu estudo no 4º ano. A minha irmã vai na escola e pega a matéria pra mim. Os professores sabem que eu estou doente, aqui no hospital.

Fonte: As autoras (2023)

Nem todas as crianças frequentam a escola regularmente, pois a doença/tratamento acaba impactando a rotina e o bem-estar das mesmas. Durante as conversas, as crianças expressam o desejo de estar com os outros, com seus pares. A criança 5 permaneceu mais de 50 dias hospitalizada. Ao revelar seu desenho, narrou que “lugar de criança é na escola”, e não no hospital (Figura 6). Infelizmente, as experiências ocorridas durante a infância não poderão ser resgatadas em outro momento da vida, por isso é importante garantir espaço para vivê-las da melhor forma possível, mesmo que em vias de tratamento de saúde.

Figura 6 – Lugar de criança é na escola.



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos esse texto, cabe ressaltar que ele foi um recorte de uma pesquisa maior, que ainda está em curso. Entretanto, já é possível destacarmos alguns apontamentos sobre as culturas produzidas por crianças portadoras de doenças crônicas. Primeiro, que elas revelam um conjunto de rotinas diferentes das crianças que não são acometidas por alguma doença, visto que necessitam passar em ambulatórios/hospitais, receber medicações, sofrer de enjoos e outros sintomas. Segundo, as crianças brincam, e ao brincar expressam e reproduzem o que experimentam na vida real. Desta forma, o brincar e o jogo lúdico permite compreenderem o que estão passando naquele momento. Terceiro, as crianças querem estar com seus pares, e quando isso não é possível, as relações entre eles são afetadas.

Por fim, esse conjunto de observações acerca das crianças brasileiras e moçambicanas reforça a tese de que apesar das diferenças regionais, geográficas e étnicas, existe uma congruência determinada pela saúde, que precisa ser aprofundada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução 41/1995. Brasília: CONANDA, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1995

GALANO, Eliana *et al.* Manual para assistência à revelação diagnóstica às crianças que vivem com HIV/aids. 2010, p. 1-54. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2010/sms-2830/sms-2830-1616.pdf>> Acesso em 05 abr. 2023.

GONÇALVES, Elisa Pereira. Iniciação à pesquisa científica. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

HARRIS, Paul. Penser à ce qui aurait pu arriver si... Enfance Vol 54 (Le monde fictif de l'enfant), 2002, p. 223-239.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2022. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>> Acesso em 10 abr. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Censo Demográfico 2017. Moçambique.

Disponível em: <<https://www.ine.gov.mz/senso-2017>> Acesso em 10 abr. 2023.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA J. F.; TOSCHI M. S. Educação escolar: políticas estrutura e organização. São Paulo: Cortez, 2005.

MALAGUZZI, L. La educación infantil em Reggio Emilia. Barcelona: Ediciones Ectaedro, 2001.

MARTINS, M. C.; BRETAS, S. A. O que dizem as crianças sobre sua escola? O debate teórico-metodológico da pesquisa com crianças na rede pública de educação infantil. In: 31ª REUNIÃO ANUAL DA ANPED. Anais. Caxambu: Anped, 2008.

MOÇAMBIQUE. Constituição da República de Moçambique. 2004. <https://www.stj.pt/wp-content/uploads/2018/01/mocambique_constituicao.pdf>

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU). Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025. Moçambique, 2016.

MONTEIRO, Maria Amélia. Administração de medicação intravenosa a crianças. Atlas da Saúde. Fev 2014. Disponível em: <<https://www.atlasdasaude.pt/artigos/administracao-de-medicacao-intravenosa-criancas>> Acesso em 7 jul. 2023.

MORTIMER, E.F.; SCOTT, P. Atividade Discursiva nas Salas de Aulas de Ciências: Uma Ferramenta Sociocultural para Analisar e Planejar o Ensino. Investigação em Ensino de ciências, Porto Alegre, v.7, n. 3, p. 01-24, 2002.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique. jan. 2007. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/moz_motherchild_iniquities.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva; 2005.

QVORTRUP, Jens. A infância enquanto categoria estrutural. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 631-643, maio/ago., 2010.

RIBERO, José Dirceu. Desafios no cuidado de crianças e adolescentes com doenças crônicas. Boletim da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, vol. 12, nº 4, out 2019. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais-pesquisa/desafios-no-cuidado-de-criancas-e-adolescentes-com-doencas-cronicas>> Acesso em 09 abr. 2023.

SARMENTO, Manuel Jacinto. As Marcas dos Tempos: a Interculturalidade nas Culturas da infância. Projecto POCTI/CED, nº 49186, 2002.

SILVA, J. P. da; BARBOSA, S N. F.; KRAMER, S. Questões teórico-metodológicas da pesquisa com crianças. In: CRUZ, S. H. V. A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas. São Paulo: Cortez, 2008. p.79-101.

UNICEF. Situação da saúde em Moçambique. Disponível em: <<https://www.unicef.org/mozambique/sa%C3%BAde>> Acesso em 10. Julho.2023.

UNICEF. Saúde: Situação no Brasil. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/>>

saude#:~:text=As%20regi%C3%B5es%20Norte%20e%20Nordeste,que%20as%20outras%20crian%C3%A7as%20brasileiras. > Acesso em 10 jul. 2023.

WIKIPÉDIA. Relações entre Brasil e Moçambique. 2019. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Rela%C3%A7%C3%B5es_entre_Brasil_e_Mo%C3%A7ambique> Acesso em 09 jul. 2023.

WINNICOTT, D. W. A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1982.

Os benefícios da primeira consulta odontológica nos primeiros mil dias

Thamires Silva Leite

<http://lattes.cnpq.br/9968125168322165>

Adriana Passos Amaral Vilarinho

<http://lattes.cnpq.br/6150847715465863>

Anna Raphaela do Couto Corrêa

<http://lattes.cnpq.br/0887217781135529>

Thatyla Silva Linhares

<http://lattes.cnpq.br/7435163002337466>

Roberta Janaína Soares Mendes

<http://lattes.cnpq.br/1054444267658235>

Daniel Coelho de Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/0740141545097238>

Joana Albuquerque Bastos de Sousa

<http://lattes.cnpq.br/3683039382953398>

RESUMO

Introdução: Os primeiros 1.000 dias de vida refere-se ao período do primeiro dia da gestação até os dois anos de idade, representam o período ouro determinante nos aspectos biológicos, intelectuais e sociais na vida da criança. **Objetivo:** Analisar a importância das orientações em saúde bucal durante o pré-natal odontológico até aos 2 anos. Foi realizada uma revisão integrativa através das bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs considerando estudos de 2016 a 2023. **Metodologia:** A busca dos estudos foi realizada nos principais bancos de dados eletrônicos. Os títulos e resumos dos estudos identificados foram avaliados por um revisor. Os achados desta revisão mostraram que as orientações em saúde bucal realizadas durante o pré-natal têm impacto na saúde bucal das crianças, e que bons hábitos devem ser compartilhados no ambiente familiar para beneficiar os filhos por toda a vida, enquanto o consumo de açúcar durante os 1000 dias, favorece a formação de problemas dentários, como a cárie na primeira infância e de outras doenças crônicas não transmissíveis na fase adulta. Portanto, uma boa saúde bucal e bons hábitos alimentares são iniciados nos primeiros mil dias, decisões positivas nesta fase tem relação direta ao longo da vida.

Palavras-chave: saúde bucal. primeira infância. tratamento odontológico. primeira consulta. primeiros mil dias.



INTRODUÇÃO

A cárie dentária ainda é considerada um grave problema de saúde pública em todo o mundo e é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) mais prevalentes no Brasil (CAVALCANTE, FILHO, SABOIA, 2017). De acordo com a última avaliação do estado de saúde bucal da população brasileira, sua prevalência em crianças de 5 anos atinge aproximadamente 53,4% (MARTINS, *et al.*, 2015). Quanto à dentição permanente, a situação é ainda pior, com cerca de 70% das crianças de 12 anos apresentando pelo menos uma cárie (MARTINS & JETELINA, 2016).

A má saúde bucal pode impactar negativamente a saúde geral na primeira infância, levando a prejuízos biopsicossociais, de crescimento e desenvolvimento físico e redução da qualidade de vida e aprendizado (OLATOSI *et al.*, 2019). O cuidado na primeira infância, segundo Reis *et al.* (2022) é uma conquista da odontologia e representa uma nova compreensão da abordagem das doenças bucais, fortemente centrada em uma perspectiva preventivo-promocional. A cárie se desenvolve a partir de múltiplas e complexas interações envolvendo questões biológicas, comportamentais e sociais (DE OLIVEIRA, BOTTA, ROSELL, 2017).

A evidências descrevem mais de 100 fatores de risco para o desenvolvimento de cárie infantil que podem ser amplamente categorizados em sociodemográficos, comportamentais, alimentares, relacionados aos serviços de saúde ou referentes ao conhecimento, cognição e crenças (SILVA & SOUSA, 2022). Ter acesso aos serviços odontológicos nos primeiros mil dias de vida pode ser considerado uma janela de oportunidades para a conquista da prevenção das DCNT (GUEDES-PINTO *et al.*, 2016).

Evidências discutem o papel dos dois primeiros anos de vida com ciclo de DCNT's ao longo da vida de um indivíduo (PANTANO *et al.*, 2018). Nesse sentido, destaca-se a importância dos padrões alimentares e hábitos comportamentais adotados pela família. É necessária uma intervenção multidisciplinar entre a nutrição e a odontologia. Uma alimentação melhor pode impactar positivamente na qualidade de vida e na prevalência das DCNT, como cárie dentária, obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (GUEDES-PINTO *et al.*, 2016).

Os fatores etiológicos da cárie são possíveis de serem modificados por meio do acesso a atendimento odontológico de qualidade na atenção primária à saúde. Portanto, este trabalho tem como foco criar uma discussão do papel da primeira consulta odontológica na vida das crianças e dos seus responsáveis nos primeiros 1000 dias de vida, respondendo por fim a pergunta: Quais os benefícios da primeira consulta odontológica desde o pré-natal aos dois anos de idade?

METODOLOGIA

O presente trabalho tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, os critérios de inclusão utilizados foram: publicações científicas datadas entre 2013 e 2023, nos idiomas inglês e português, estudos observacionais (não intervencionistas) disponibilizados em sua versão completa e gratuita, além de diretrizes internacionais relacionadas ao tema. Para

mais informações, as fontes dos artigos revisados também foram revisadas para acesso a outros artigos.

Os critérios de exclusão utilizados neste trabalho foram: a existência de trabalhos duplicados, trabalhos de conclusão de curso (monografias, teses, dissertações), resumos apresentados em congressos, anais de congressos, artigos datados fora do período estipulado, caso relatórios, estudos de intervenção, duplicação de estudos, metodologia pouco clara e indisponibilidade do texto completo.

As buscas foram realizadas por um pesquisador independente no período de fevereiro de 2023 a março de 2023. As plataformas utilizadas PubMed, Scielo e Google Acadêmico, selecionando-se filtros para artigos datados entre 2012 e 2023, bem como usando os seguintes descritores: Saúde bucal; benéficos da saúde bucal; agravos da saúde bucal; Primeira Infância; Odontologia na primeira infância; tratamento odontológico.

RESULTADOS

A busca eletrônica resultou em 220 títulos únicos. Após a avaliação de todos os títulos e resumos, foram selecionados 33 artigos para ser realizada a leitura na íntegra. Nove estudos foram considerados elegíveis por atenderem aos critérios de inclusão. Nenhum estudo não publicado foi considerado elegível (Figura 1).

Figura 1 - Tabela dos artigos selecionados após análise dos critérios de elegibilidade.

Autor(es)/ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Conclusão
ESSVEIN, Gustavo; BAUMGARTEN, Alexandre; RECH, Rafaela Soares; HILGERT, Juliana Balbinot; NEVES, Matheus (2019)	Estudo transversal	Avaliar se características dos serviços de saúde, da equipe de saúde bucal e do cirurgião-dentista estão associadas à prestação de atendimento odontológico a crianças de até cinco anos de idade na atenção básica brasileira.	A prevalência de realização do atendimento odontológico pelas equipes de saúde bucal foi de 80,9% (n = 14.239). Consultas agendadas e atividades de educação em saúde se associaram positivamente ao desfecho, bem como atividades de planejamento e programação para a população e o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal	Um quinto das unidades de saúde do Brasil não realiza atendimento odontológico na primeira infância. Protocolos de organização e planejamento bem-estruturados nas unidades de saúde estão associados à realização desse atendimento, bem como melhores vínculos trabalhistas e atividades de pós-graduação para os cirurgiões-dentistas.

Autor(es)/ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Conclusão
OLATOSI, Olu-bukola Olamide; ONYE-JAKA, Nneka Kate; OYAPEROFOLABI, SHAOL, Joseph Femi; ABE, Adesuwa (2019)	Estudo retrospectivo	Determinar a idade cronológica e o objetivo da primeira consulta odontológica entre crianças com idade igual ou inferior a 16 anos atendidas na Clínica Odontológica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de Lagos (LUTH).	A média de idade na primeira consulta odontológica foi de $7,9 \pm 3,7$ anos. A maioria das crianças (31,4%) teve sua primeira consulta odontológica aos 7 e 9 anos, e 0,8% das crianças tiveram sua primeira consulta odontológica antes de 1 ano. O motivo mais comum de visita à clínica odontológica foi a dor de dente (33,1%). Uma proporção maior de crianças (911 [79,0%]) teve sua primeira consulta odontológica para fins terapêuticos, enquanto 246 (21,0%) crianças visitaram a clínica odontológica para cuidados preventivos.	A maioria das crianças teve sua primeira consulta odontológica entre 7 e 9 anos, principalmente por causa da dor. É preciso sensibilizar os pais/responsáveis e estabelecer o conceito de casa odontológica.
ABANTO, Jenny; OLIVEIRA, Emanuella Pinheiro da Silva; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Marly Augusto (2018)	Revisão narrativa	Revisar a literatura e indicar caminhos para os novos estudos a respeito de condições nutricionais e práticas alimentares relacionadas aos principais agravos em saúde bucal que acometem crianças nesse período de vida.	A associação entre aleitamento materno e cárie dentária, destaca a falta de estudos longitudinais que avaliem o impacto do aleitamento materno, artificial, e o consumo de açúcar em crianças com mais de 12 meses de idade na incidência de cárie dentária	A relação da cárie dentária, o desenvolvimento orofacial e mal oclusões, o desgaste dentário erosivo e os defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário na dentição decídua estão intimamente relacionados ao desenvolvimento, crescimento e hábitos durante os primeiros 1.000 dias de vida.
CAVALCANTE, Patrícia Soares; ARAÚJO FILHO, Pedro Alves de; SABOIA, Ticiane Medeiros de (2017)	Estudo qualitativo, exploratório	Compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao cuidado integral em saúde bucal à criança na primeira infância.	Os resultados foram três categorias e suas subcategorias: Percepção da Saúde Bucal na ESF; Organização do Processo de Trabalho (Pré-natal odontológico e Fluxo assistencial em saúde bucal de crianças); e cuidados em saúde bucal	As categorias de estudo evidenciaram que há uma percepção dos profissionais em relação à saúde bucal na ESF e sua importância durante o acompanhamento sistemático da gestante.
CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Isabela Saraiva de (2015)	Revisão sistêmica	Descrever o conceito dos primeiros mil dias, sua importância para a saúde e ações a serem implantadas, em especial pelos pediatras, para que a criança alcance nutrição e desenvolvimento saudáveis	As crianças devem receber alimentação adequada, por meio de nutrição pré-natal adequada, aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, adição de alimentos complementares adequados e continuação da amamentação até os dois anos.	O pediatra, junto com outros profissionais, pode atuar na promoção de ações com ênfase no conceito dos primeiros mil dias que garantam a nutrição e o desenvolvimento saudáveis da criança

Autor(es)/ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Conclusão
DE OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins; BOTTA, Ana Carolina; ROSELL, Fernanda Lopez (2017)	Revisão de literatura	Realizar uma revisão da literatura sobre promoção de saúde bucal em bebês, ressaltando-se a relevância do atendimento preventivo precoce, sendo esta uma estratégia fundamental na abordagem preventiva promocional	A doença cárie, principalmente quando acomete bebês, manifesta-se como um problema de saúde pública. Cabe aos profissionais da área de saúde transpor as barreiras e limitações do sistema, buscando, através do processo educativo, melhores condições de saúde para a população brasileira.	A atenção precoce visa reduzir as chances de desenvolvimento de cárie em bebês e proporcionar sua ambientação ao consultório odontológico, além da criação de hábitos de higiene bucal, tanto nas crianças de pouca idade quanto nos pais, principais responsáveis pela educação dos filhos.
DIAS, Thais Kely Da Silva; FERREIRA, Gabriela De Carvalho; ALMEIDA, Luiza Helena Silva De (2019)	Revisão de literatura	Avaliar, através da revisão da literatura, as repercussões da cárie na primeira infância na vida do paciente infantil.	Os impactos na vida das crianças incluem dor, mudança no comportamento escolar e social, dificuldade na mastigação, dificuldade de ingerir líquidos e de dormir	A cárie na primeira infância, apresenta repercussões que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento normais da criança e conseqüentemente a qualidade de vida, devendo-se, portanto, considerar uma abordagem psicológica e social, além da convencional abordagem biológica
FERREIRA FILHO, Mário Jorge Souza; PORFIRIO, Kimberly Cibelle Ferreira; TRINDADE, Gisely Barros; SILVESTRE, Luciene Alemão; VAREJÃO, Lívia Coutinho; Joselane NASCIMENTO, Rodrigues do; AGUIAR, Júlia Lima de; MILLÉRIO, Luan Roberto (2021)	Revisão de literatura	Demonstrar conteúdos com a finalidade de conscientizar os pais durante todo o seu período de amamentação até o desenvolvimento dentário	A infância é considerada como o momento ideal para dar início a hábitos de saúde e os pais são os responsáveis por introduzir esses hábitos em seus filhos.	É de suma importância os pais fazerem acompanhamento com um odontopediatra para serem instruídos a quando deve ser iniciado a higiene e qual método utilizar e é interessante que os pais saibam da importância para que a saúde bucal do seu bebê seja preservada com todos os cuidados necessários
LÍBERA, Juliana Dela; SANTANA, Mônica Ribeiro de Oliveira; CARVALHO, Monica Moreno de; SIMONATO, Luciana Estevam; SOUZA, José Antonio Santos; ROLIM, Valéria Cristina Lopes de Barros; FERNANDES, Karina Gonzalez Camara (2021)	Revisão de literatura	Realizar uma revisão de literatura sobre a importância do pré-natal odontológico na saúde bucal do bebê	Os trabalhos demonstraram que mulheres grávidas com problemas de saúde bucal apresentam maior risco de problemas perinatais adversos como prematuridade e baixo peso ao nascer, tendo duas vezes mais chances de terem filhos com cárie dentária e maior gravidade da doença.	A presente revisão de literatura mostrou que, o pré-natal odontológico é necessário a fim de proporcionar uma adequada saúde bucal à gestante e conseqüente melhor qualidade de vida a ela e ao seu filho.

DISCUSSÃO

No campo da odontologia, o odontopediatra desempenha um papel fundamental ao priorizar a promoção da saúde bucal desde o período gestacional até os anos 12. (ABANTO *et al.*, 2018). No âmbito da saúde bucal, uma série de estudos tem investigado a influência dos primeiros 1.000 dias de vida no crescimento e desenvolvimento infantil. (ABANTO *et al.*, 2018).

A realização de consultas odontológicas precoces até os cinco anos de idade é a oportunidade de fornecer à família orientações voltadas para a promoção da saúde bucal. Tais orientações desempenham um papel crucial na prevenção de consequências adversas amplamente reconhecidas por seu impacto negativo na qualidade de vida das crianças. (BENDORAITIENE, *et al.*, 2020).

Ressalta a necessidade de se focar na prevenção e promoção da saúde bucal infantil, e a importância do contexto familiar neste processo nos primeiros anos de vida da criança. A saúde bucal nas crianças é tão importante quanto nos adultos. Afinal, o hábito de cuidar bem dos dentes e da boca deve ser ensinado às crianças desde cedo (ESSVEIN *et al.*, 2019). Assim, eles crescerão entendendo que esse tipo de cuidado é essencial para a saúde do corpo humano.

A maioria dos pais/responsáveis conhecem as medidas de prevenção para se evitar o surgimento da doença cárie, porém não as adotam no ambiente familiar devido à dificuldade na aceitação dos bebês, somado a isso há a carência de outras necessidades básicas da família. Outrossim, crenças e mitos sobre alimentação, erupção dentária, uso de antibióticos, cremes dentais e genética como fatores etiológicos para cárie podem influenciar na adoção de práticas saudáveis (MOURA, *et al.*, 2021). O consumo de açúcares de adição deve ser evitado como forma de prevenção a outras DCNT's (cárie, obesidade, asma e risco cardiovascular).

Essas mudanças comportamentais terão benefícios adicionais na saúde bucal das crianças (DUARTE, 2020). Para o controle da doença em casos específicos de crianças com cárie ativa, quando verificadas práticas de aleitamento prolongadas e noturnas ao invés de fórmulas que contém grandes substâncias de açúcares. Estas devem ser desestimuladas e prontamente estabelecidas medidas de higiene bucal para essas crianças, sempre analisando o uso concomitante de fontes de consumo de sacarose por estes (PINHO *et al.*, 2018).

O estudo realizado por Cunha & Corsino (2022) enfatizaram a necessidade de entender todos os aspectos dos primeiros mil dias de vida, com foco na saúde bucal, pois este é um período especial do crescimento e desenvolvimento infantil onde podem ser desenvolvidos hábitos e atitudes que podem afetar o futuro de uma pessoa. Uma vez que a primeira infância é um período de alta incidência de cárie dentária, vários estudos tentaram elucidar os fatores de risco associados ao lactente de 1.000 dias, incluindo hábitos alimentares e seu impacto durante a infância.

Essa relação é plausível porque a cárie dentária é resultado de um processo bacteriano e a dieta tem maior influência no seu desenvolvimento. Que pode ocorrer a

partir do momento em que o primeiro dente irrompe na boca com a presença simultânea de microrganismos cariogênicos e consumo de sacarose (LÍBERA *et al.*, 2022) encontrou associações estatisticamente significativas entre as variáveis associadas aos primeiros mil dias de vida e o comportamento de risco de cárie. A literatura também mostra fortes evidências de que a ingestão de açúcar em diferentes formas (bebidas, confeitados, refrigerantes).

Uma alternativa preventiva é evitar o consumo de produtos altamente processados, houve consenso sobre a necessidade de informar os pais ou responsáveis sobre os efeitos nocivos do açúcar na cárie dentária e nas doenças crônicas não transmissíveis (NASCIMENTO *et al.*, 2021). Ao capacitar os agentes comunitários de saúde para atuarem como multiplicadores de saúde, as famílias terão a oportunidade de conhecer os riscos do consumo de açúcar de adição e poder fazer escolhas alimentares mais saudáveis para suas vidas, principalmente nos primeiros 1000 dias de vida de seus filhos.

A saúde bucal do bebê é reflexo da condição bucal, principalmente da mãe, além dos hábitos de higiene e alimentação que ela adota, pois, o padrão alimentar da mãe está atrelado aos hábitos alimentares da criança, incluindo o consumo de doces e bebidas açucaradas. As mães são consideradas a principal fonte de infecções cariogênicas nas crianças e multiplicadoras de padrões, hábitos, valores e atitudes no ambiente doméstico (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021). A literatura também mostra que a família tem papel fundamental na educação em saúde bucal dos lactentes, visto que as crianças são influenciadas no ambiente familiar e compartilham dos mesmos costumes e hábitos alimentares.

Fica acordado que a higiene bucal seja realizada regularmente pelo responsável, após as refeições e principalmente à noite, ao utilizar uma escova e pasta de dente adequadas para crianças com uma concentração de flúor superior a 1000 ppm, uma grande quantidade deve ser usada para obter os melhores resultados (MARTINS & PEREIRA, 2021). Para garantir dentes saudáveis e prevenir cáries em crianças pequenas, é crucial focar na educação das mães durante os primeiros 450 dias de vida.

Apesar dessas recomendações, pesquisas indicam que algumas mães podem achar que é muito cedo para tal consulta, argumentando que seus filhos não têm dentes. De acordo com Líbera *et al.* (2022), as consultas odontológicas precoces para crianças podem desempenhar um papel crucial na prevenção de cáries na primeira infância a higiene bucal adequada e o cultivo de hábitos saudáveis são essenciais para garantir um início saudável dos primeiros mil dias do bebê.

É importante fornecer orientação e aconselhamento sobre essas práticas. Ferreira Filho *et al.* (2021) realizaram ensaios randomizados e descobriram que crianças cujas mães receberam informações sobre “dietas saudáveis” e “práticas alimentares para bebês” tinham menor risco de desenvolver cárie dentária até os seis anos de idade em comparação com aquelas que receberam os cuidados habituais. Estudiosos afirmam que os cuidados odontológicos e a higiene materna devem ser comunicados durante o primeiro trimestre da gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oferecer condições favoráveis à saúde bucal da criança nos primeiros 1.000 dias é mais eficaz e econômico do que tentar reverter ou minimizar os problemas já existentes. Apesar da importância dos primeiros 1000 dias de vida, esse período ainda precisa ser foco de mais estudos longitudinais. Acredita-se que os primeiros mil dias de um bebê são críticos para uma vida inteira de desenvolvimento intelectual e físico, por isso é essencial mudar e desenvolver hábitos mais saudáveis de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J. *et al.* Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. São Paulo: Rev Assoc Paul Cir Dent. v. 72, n. 3, p. 496–502, 2018.
- BENDORAITIENE E. A., *et al.* Peculiaridades do tratamento odontológico entre pacientes oncológicos pediátricos: relato de caso. J. Oral Maxillofac Res 2020;11(3).
- CAVALCANTE, P. S.; FILHO, P. A. de A.; SABOIA, T. M. de. Saúde bucal na primeira infância: percepções dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev. APS. 2017 out/dez; 20(4): 602 – 614.
- COSTA, E.L., *et al.* Streptococcus mutans in MotherChild Dyads and Early Childhood Caries: Examining Factors Underlying Bacterial Colonization. Caries Res 2017; 51(6): 582-589.
- CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; DE ALMEIDA. I.S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. Jornal de Pediatria, v. 91, n. 1, p. S44-S51, 2015.
- CUNHA, A.; CORSINO, P. As crianças e seus mil dias: articulações entre saúde e educação. DENSIDADES - Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude. 2022; 10(31).
- DE OLIVEIRA, A. L. B. M.; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. Promoção de saúde bucal em bebês. Revista de odontologia da universidade Cidade de São Paulo, v. 22, n. 3, p. 247-253, 2017.
- DIAS, TKS *et al.* Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. Rev. UNINGÁ, Maringá. 2019; 56(S3): 192-201.
- DUARTE, K. M. M. Cuidados odontológicos no pré-natal. São Luís: UFMA; UNA-SUS, 2020.
- ESSVEIN, G., *et al.* Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: das políticas públicas às evidências. Ver. Saúde Pública. 2019; 53:15.
- FERREIRA FILHO, SMJ *et al.* A importância da higiene bucal do bebê de zero a um ano de idade: revisão de literatura. Brazilian Journal Of Development, Manaus, 2021; 7 (2), 13086-13099.
- GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 9ª Edição. São Paulo: Santos, 2016.
- LÍBERA JD *et al.* A importância do pré-natal odontológico na saúde bucal do bebê. Brazilian Journal of Development, Curitiba, 2022; 7(10): 101236-101247.

- LIMA TM *et al.* Percepções das gestantes sobre a saúde bucal infantil: revisão integrativa. Revista FIMCA. 2021; 8(1): 35-39
- MARTINS, A. M. E. de B. L. *et al.* Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 69, n. 4, p. 328-339, 2015.
- MARTINS, C.L.C; JETELINA, J.C. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. J Oral Invest, v. 5, n. 1, pp. 27- 33, 2016.
- MARTINS HH, PEREIRA SP. Os cuidados com a saúde bucal dos bebês no primeiro ano de vida. Caderno De Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS. 2021; 6 (2).
- MOURA *et al.* (org.). Saúde bucal do bebê: programa preventivo para gestantes e bebês. Teresina: EDUFPI, 2021.
- MOZETIC RM; SILVA SDC; GANEN AP. A importância da nutrição nos primeiros mil dias. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2016. Vol. 8 (2), 876-884.
- NASCIMENTO ALC *et al.* A importância do pré-natal odontológico na saúde do infante: uma revisão de literatura. Revista UNINGÁ, 2021; 58 (1).
- OLATOSI, O. O., *et al.* Age and reasons for first dental visit among children in Lagos, Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2019; 26:158-63.
- PANTANO, M. Primeiros 1.000 dias de vida. Rev Assoc Paul de Cir Dent, v. 72, n. 3, p. 490-4, out. 2018.
- PINHO, JRO; DUARTE, KM. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. São Luís: EDUFMA, 2018.
- REIS. D., *et al.* O exame de crianças e adolescentes com transtornos do espectro do autismo é um desafio? PLoS ONE 2022; 17(8).
- SCHMIDT, P.; DRY, L. C.; SCHULTE, A. G. Cuidados com a Saúde Bucal de Pessoas com Síndrome de Down na Alemanha. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 12435.
- SCHULZ-WEIDNER, N., *et al.* Impacto e perspectivas do atendimento odontológico pediátrico durante a pandemia de COVID-19 em relação a crianças não vacinadas: uma pesquisa transversal. Int. J. Environ. Res. Saúde Pública, 2021.
- SILVA, L. J. R. da; SOUSA, S. J. L. A importância da saúde bucal em crianças durante a dentição decídua. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.1, p. 351-363 jan. 2022.
- SKAKODUB, A. A., *et al.* Tratamento da cárie de fissura de crianças com doenças reumáticas graves com dificuldade de abrir a boca. Contemp Clin Dent 2022; 13:274-9.

Instrumento tecnológico de informação nos cuidados direcionado a famílias cuidadoras de crianças gastrostomizada

Cristiane da Rocha Oliveira Medeiros

Discente Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia.

Dayane Cristina Frederico de Azevedo

Discente do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia.

Daniela Trindade de Sousa

Docente do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

RESUMO

Atualmente os relatos da vivência familiar nos cuidados às crianças com gastrostomia, nos revelam uma situação difícil e complexa, principalmente no que diz respeito às mães que têm sido, na maioria das vezes, as principais cuidadoras. O fato de ter uma criança fragilizada e com necessidades especiais complexas traz para essas famílias medo, frustrações, sentimentos de culpa entre outros anseios, possivelmente pelo fato de não se ter prática na forma do cuidar. Assim, o presente tema foi escolhido por se tratar de algo complexo e de grande importância, além de despertar o interesse em se elaborar ferramentas capazes de ajudar a diminuir a frustração e o medo do cuidado domiciliar relacionado a essas crianças. Trata-se de uma revisão de literatura onde a coleta de dados foi realizada através de revisão sistemática, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), Google acadêmico. Utilizando-se como descritores: Cuidado domiciliar, Famílias, Crianças, Gastrostomia, Atenção Básica. O presente estudo tem como objetivo mostrar a relevância em validar os instrumentos tecnológicos de informações a familiares sobre as mais variadas formas de cuidados direcionados as crianças gastrostomizadas, além de servir como material de apoio aos profissionais que cuidam desses pacientes.

Palavras-chave: cuidado domiciliar. famílias. crianças. gastrostomia. atenção básica.



ABSTRAC

Currently, reports of family experience in caring for children with gastrostomy reveal a difficult and complex situation, especially with regard to mothers who have been, in most cases, the main caregivers. The fact of having a fragile child with complex special needs brings fear, frustration, feelings of guilt among other anxieties to these families, possibly due to the fact of not having practice in the form of care. Thus, this theme was chosen because it is something complex and of great importance, in addition to arousing interest in developing tools capable of helping to reduce the frustration and fear of home care related to these children. This is a literature review where data collection was performed through systematic review, in the LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and BIREME (Library databases Virtual in Health), academic Google. Using as descriptors: Children; Gastrostomy; Primary Care Network; Health Technology. This study aims to show the relevance of validating technological instruments to provide family members with information about the most varied forms of care directed at gastrostomized children, in addition to serving as support material for professionals who take care of these patients..

Keywords: home care. families. children. gastrostomy. primary care.

INTRODUÇÃO

A Gastrostomia é um procedimento cirúrgico através do aceso à luz do estômago pela parede abdominal facilitando as necessidades nutricionais, sendo realizado por via endoscópica abdominal. A mesma pode ser temporária ou definitiva, chamada de laparotomia ou procedimento endoscópico conhecido por Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP) (MATSUBARA, *et al.*, 2012).

É um procedimento geralmente utilizado para substituir a via de alimentação oral de crianças com desordens neurológicas, atresia de esôfago ou como aporte calórico para correção de inatos do metabolismo, podendo ser de uso permanente ou temporário. Pode ser vista como um tipo de estoma por onde um tubo flexível de poliuretano ou silicone é introduzido no estômago através de procedimentos cirúrgicos realizado na parede abdominal ou por via endoscópica (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

Uma criança que depende dessa tecnologia médica para viver apresentam necessidades especiais de saúde. O que as tornam totalmente dependentes de cuidados específicos de seus cuidadores, que sofrem diversas modificações e adaptações na sua rotina, já que assumem a responsabilidade pela execução de cuidados diários como banho, alimentação e medicações (LIMA, 2018).

As informações que devem ser repassadas pelos profissionais de saúde aos cuidadores devem ser claras e bem explicadas, uma vez que alguns estudos indicam que eles apresentam dificuldades para lidar com essa criança no domicílio. O que torna importante a necessidade de se desenvolver um programa efetivo de educação em saúde para auxiliar os cuidadores na transição adequada para o domicílio em relação ao uso do cateter de gastrostomia de maneira continuada, sendo de extrema importância que

ainda no hospital o manuseio desse cateter seja iniciado, com apoio da equipe de saúde (MATSUBARA, *et al.*, 2012).

Uma das formas de apoio da equipe de saúde consiste na educação em saúde, como forma de orientação pois é por meio dela que se visa expandir o conhecimento, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, principalmente no que concerne às doenças crônicas. Dos mais variados procedimentos educativos disponíveis, a utilização de tecnologias educacionais impressas é considerada uma ferramenta altamente eficiente para informar e sensibilizar a população, pois amplia os caminhos de promoção da saúde, em uma construção partilhada de conhecimentos entre os profissionais e a população, além de permitir o uso de novos recursos na prática da assistência à saúde (MARTINS, 2013).

O profissional tem utilizado essas tecnologias como instrumento educativo em saúde, uma vez que são claras e dinâmicas para o ensino-aprendizagem. São recursos amplamente disponíveis para que o cuidador da criança gastrostomizada possa tirar suas dúvidas no momento da prestação do cuidado (LIMA, 2018; COLIN, 2018)

Através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, entre os meses de janeiro a março do ano de 2021 os dados epidemiológicos de autorização por internação hospitalar de crianças entre 0 e 14 anos de idade apresentando morbidades, no Brasil foram registrados cerca de 310.366 casos de indivíduos internados por diversas patologias diferentes, em Roraima foram apontadas 1.476 indivíduos e em Boa Vista foram 1.378 internações autorizadas por diversas complicações mórbidas, dentre essas patologias se encontra a Gastrostomia Endoscópica Percutânea em crianças menores de 12 anos de idade. (BRASIL, 2021)

Nos cuidados pediátricos as indicações principais para o uso da gastrostomia são as alterações nos distúrbios neurológicos com disfagia, no mecanismo de deglutição, trato gastrointestinal íntegro e funcional, indicada também na descompressão gástrica, tornando-se uma via de suplementação alimentar, porém, são impossibilitados de receber alimentação calórica por via oral ao longo do tratamento (MANSUR, 2012). As principais complicações que podem ocorrer é a obstrução do tubo, vazamento ao redor da ostomia, remoção inadvertida do tubo, infecção no local ou sistêmica gerando a necessidade de intervenção com antibioticoterapia e migração da sonda (MARTINS, 2013).

As crianças com ostomias demandam cuidados específicos de saúde, pois em caso de gastrostomia, ocorre uma alteração quanto à forma pelo qual se alimenta, além do uso e manejo de dispositivos que não faziam parte da rotina da criança e dos seus responsáveis. Nesse cenário em que a criança utiliza esse tipo de óstio em ambiente domiciliar surge a pergunta norteadora do estudo “Antes da alta hospitalar, como melhorar as orientações a familiares e responsáveis de crianças em uso de gastrostomia em ambiente domiciliar visando o não agravamento e o cuidado seguro?”

Nesse contexto, o estudo tem por objetivo demonstrar o quão importante se torna a educação em saúde direcionado as orientações de cuidado e manejo de gastrostomias em crianças em ambiente domiciliar. Além de servir como base para futuras pesquisas relacionadas a essa temática e ao desenvolvimento futuros instrumentos de educação em saúde pertinente ao tema em questão.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Identificar a produção científica nacional relacionado a orientações de cuidado e manejo de gastrostomias em crianças no ambiente domiciliar.

Objetivos Específicos

- Identificar as principais dúvidas e dificuldades no manejo de gastrostomia em ambiente domiciliar;
- Demonstrar a relevância de uma orientação eficaz e segura aos cuidadores de crianças gastrostomizada.

JUSTIFICATIVA

A atuação do profissional de forma segura e qualificada potencializa a qualidade da assistência oferecida ao paciente nas mais diversas especialidades dentro e fora de um ambiente de saúde. Está qualificado na maioria das vezes significa está apto para prestar uma assistência eficaz e segura. No caso de crianças acometidas pela gastrostomia a informação se faz fator extremamente necessário ao cuidado, uma vez que pode diminuir as internações, fazendo com que o paciente seja tratado mais perto de casa, como no caso da atenção básica de saúde, além de dar mais segurança aos pais no ato de realização de alguns procedimentos, o que leva a diminuição no custo financeiro desse paciente.

Assim, as informações adquiridas nesse estudo revelam sua relevancia e como poderá contribuir para a melhoria da assistência em relação ao acesso à informação voltada a este público alvo, dinamizando os cuidados e orientações aos familiares sobre crianças em uso de gastrostomia no ambiente domiciliar propiciando o empoderamento para o cuidado domiciliar a crianças que usam gastrostomias.

Diante do exposto acima, esse trabalho foi motivado por observações do cotidiano em relação aos cuidados prestados as crianças gastrotomizadas em unidades de terapia intensiva e seu alto custo. Outro fato relevante é a carência de estudos existentes envolvendo o uso de tecnologia educativa voltada a essas crianças. Assim, pretende-se elaborar tecnologia educativa com informações que possa orientar os cuidadores sobre gastrostomia, tanto no ambiente familiar como na atenção básica visando à prevenção de possíveis complicações.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com fonte bibliográfica já existente, elaborada a partir de um material já publicado. Onde o material coletado passou por uma triagem e foi

acompanhado de anotações às quais foram utilizadas para descrever o trabalho (GIL, 2010).

Utilizou-se uma abordagem bibliográfica que permitisse a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação e pode ser utilizado “para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores, variáveis e tipologias” (MINAYO, 2014).

Construção e processamento das informações

Através de documentação indireta: revisão de literatura e pesquisas documentais. O processamento se deu pela organização de um acervo de material temático nos quais foi compilado documentos, bem como utilizado informações disponibilizadas por meio de busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google acadêmico. Tendo como descritores: Cuidado domiciliar, família, crianças, gastrostomia, atenção básica. Os trabalhos selecionados foram artigos disponibilizados na íntegra, encontrados através de acesso ao portal de periódicos, que abordavam a temática deste estudo.

Da análise e critérios de inclusão e exclusão

Foram analisadas as inferências norteadoras com base no estudo bibliográfico na íntegra, comparando as informações e avaliando a maneira pelas quais os achados serviriam para a análise da temática, levando-se em consideração, o tema, o tipo de estudo, trabalhos em língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2011 a 2021 que abordassem as orientações da equipe de saúde, principalmente do profissional enfermeiro.

As informações foram disponibilizadas e organizadas com base na literatura pertinente com foco na realidade atual. Realizou-se um levantamento da literatura, com leitura prévia de aproximadamente 100 (cem) artigos dos quais alguns foram descartados por não estarem em conformidade com o tema, obtendo-se um total de 52 (cinquenta e dois) artigos para construção das informações pertinentes neste artigo e composição da bibliografia, destes, utilizou-se 07 (sete) artigos de relevância para análise detalhada dos resultados e discussão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cuidado domiciliar e seus desafios

Desde os primórdios da vida, existe o cuidar de pessoas. E este, é um ato de vida, de carinho que tem como finalidade básica, assegurar a manutenção e continuidade da existência (SANTOS, 2019). Esse por sua vez é um ato comum a todas as culturas, embora as suas formas sejam as mais diversificadas possíveis, e é de responsabilidade da família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado (LIMA, 2018).

Nos casos de doenças incapacitantes, como a doença Alzheimer, os transtornos mentais, a gastrostomia que requer cuidados especiais, dentre outras que levem o indivíduo

à diminuição da sua capacidade de desempenhar as atividades do cotidiano como o autocuidado, faz-se necessário o auxílio de um cuidador, que geralmente é representado por algum membro familiar que conviva no mesmo domicílio (NOBREGA, *et al.*, 2019).

Para Corrêa, *et al.* (2021), O cuidado domiciliário é entendido como aquele desenvolvido tanto com pacientes quanto com familiares, no contexto de suas residências, visando ao acompanhamento, ao tratamento e à reabilitação de indivíduos, em resposta às suas necessidades e de sua família.

A assistência domiciliar passou a ser vista como uma possibilidade de cuidado continuado fora do ambiente hospitalar devido ao aumento do número de pessoas com doenças crônicas que necessitam de cuidados integrais contínuos. É uma alternativa eficaz e mais barata para a saúde pública no que tange a área de reabilitação e promoção de saúde, que visa excelência da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2013).

Nada mais é que uma estratégia que busca a reversão do modelo hospitalocêntrico e a expansão da cobertura assistencial aos pacientes com doenças crônicas, principalmente quando se trata de atendimento que requer especialidades de cuidados (BAPTISTA, *et al.*, 2012). Tem como vantagens: a atenção individualizada e mais humanizada com maior participação da família, ou em alguns casos, total participação, permitindo a permanência no domicílio e com isso a redução do risco de infecção hospitalar e dos gastos públicos para o Estado (COSTA, *et al.*, 2017; MARIANE, *et al.*, 2016; ANDERLI, *et al.*, 2013)

No Brasil, o cuidado domiciliar, é entendido como uma modalidade de atenção à saúde em plena expansão, englobando a assistência durante toda a vida, dá criança ao idoso e oferece os mais variados tipos de cuidado que anteriormente eram restritos aos estabelecimentos de saúde (BENTES, 2020). Nesse ponto de vista pode ser dito que o cuidado domiciliar abriu as paredes das unidades prestadoras de serviços de saúde, sendo cada vez mais reconhecido e recomendado, oferecendo suporte para execução de cuidados básicos, paliativos e intensivos (CONSONI, 2015; LINO, 2013).

Essa modalidade de assistência à saúde está baseada na tríade que engloba o cuidador/família, o paciente e a equipe de saúde, formando uma relação complexa que necessita que todos os participantes interajam na busca de um objetivo comum: o cuidar (MOCELIN, *et al.*, 2017). Todos nesse círculo têm o um papel fundamental, seja o paciente exercendo sua autonomia no autocuidado, ou a equipe de saúde na fundamentação do cuidado e execução dentro de normas e protocolos de saúde. No entanto vale lembrar a importância da familiar como cuidador, protagonista que, no ambiente doméstico atua no auxílio do paciente em suas atividades básicas e essenciais a vida de forma incansável (COLIN, 2018).

Por possuir papel central, o cuidador domiciliar precisa de maior suporte dos profissionais de saúde. Assim, as equipes de saúde precisam estar preparadas e bem equipadas com informações. São profissionais que servirão de suporte para aquele parente, mãe, pai ou irmão que precisem fazer o trabalho de cuidador. Portanto devem está bem capacitados com informações e estratégias de suporte fáceis e seguros, uma vez que este familiar acaba por assumir o papel de cuidador de maneira súbita e na maioria das vezes sem preparo algum para exercê-lo (ALVES *et al.*, 2012; FARIA, *et al.*, 2017).

Desta forma, observa-se a importância da elaboração de tecnologias educativas que unifiquem de forma estruturada e sintetizada os principais achados da literatura científica especializada voltada para uma relação didática entre o saber científico e o público alvo a quem se destinará (NOVAES, *et al.*, 2019; FERREIRA *et al.*, 2020; MOREIRA, *et al.*, 2014).

Cuidar de uma criança que precisa de atenção redobrada requer maior disponibilidade e tempo por parte dos pais e ou cuidadores, é preciso vencer um desafio a cada dia e ainda assim parece ser o suficiente (CALDAS, *et al.*, 2019).

Essas famílias precisaram se reorganizar para atender às necessidades da criança, e o na maioria das vezes o cuidador familiar principal precisa deixar o emprego para se dedicar exclusivamente a criança. Outro desafio enfrentado seria a pouca infraestrutura do domicílio e a falta de equipamentos adaptados às especificidades das crianças o que prejudica a execução dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2013).

Muitas famílias ainda se deparam com o despreparo para o cuidado domicilia, a dificuldade de acesso e acompanhamento nos serviços de Atenção Primária à Saúde, a dificuldade de inclusão da criança no convívio social, a reação negativa da família frente às adversidades e a falta de acesso a tecnologias de informação que possam facilitar a busca por informações a respeito do problema enfrentado (NOBREGA, *et al.*, 2019).

Assim, o presente estudo tem como foco relacionar a necessidade da tecnologia educativa e a elaboração de material intermediário de ensino que possibilite uma maior interação entre profissionais de saúde e o cuidador de crianças gastrostomizadas no âmbito domiciliar. Esta por sua vez deve ser vista como um instrumento facilitador para o auxílio e consulta por parte da família, uma vez que seu conteúdo trará informações essenciais ao cuidado em saúde (SANTOS, 2019).

Cuidados com a criança gastrostomizada

Para Dantas (2018) a gastrostomia é um tipo de procedimento cirúrgico em que há necessidade de se inserir um tubo diretamente no estômago através de uma pequena abertura (estoma) na parede abdominal anterior que servirá de passagem para a infusão de alimentos pastosos, líquidos e de fórmulas alimentares, esse procedimento geralmente é feito em pessoas que não conseguem, por motivos diversos, ter sua alimentação e nutrição por via oral.

Esses pacientes necessitam de acompanhamento profissional contínuo, já que é uma doença de curso prolongado caracterizando como uma condição crônica, exigindo do indivíduo adaptação às essas limitações (RODRIGUES, 2017; SANTOS, *et al.*, 2011).

A gastrostomia é geralmente indicada a pacientes que fazem uso de sonda nasoentérica por período prolongado (mais de 30 dias), nos casos de diminuição de ingestão oral que observadas nos processos neurodegenerativos, ou devido à obstrução que pode ser consequência de tumores ou obstrução devido à malformação congênita (estenose ou atresia de esôfago), além de outras doenças que acabam comprometendo a deglutição e o estado nutricional do indivíduo (SILVA, *et al.*, 2019).

Algumas complicações podem ser observadas em 7% a 14% dos casos de gastrostomia, e a mais comum seria quando ocorre o vazamento de conteúdo gástrico,

podendo causar irritação na pele ao redor da gastrostomia. Porém observam-se outras complicações como: obstrução ou perda acidental do catéter para a alimentação, pneumonia aspirativa por refluxo gastresofágico, infecção da ferida cirúrgica e hemorragia gástrica (MELA, *et al.*, 2015).

As crianças gastrostomizadas necessitam de tecnologias em saúde, os dispositivos de alimentação, justaposto ao seu corpo para que assim possam sobreviver, assim são consideradas pessoas com deficiência física, conforme estabelecido na legislação. O que torna de suma importância às estratégias de acolhimento desenvolvidas pela equipe de saúde aos pais dessas crianças frente às necessidades que emergem a cada dia (SOUTINHO, *et al.*, 2015).

Assim, essas são consideradas pacientes emergentes que precisam de cuidados especiais de saúde devido a complexidade de cuidados necessários, do tempo, das condições socioeconômicas e da fragilidade clínica e dependem de atenção permanente de profissionais dos serviços de saúde e de seus cuidadores particulares, no caso, sua família (BACKMAN, *et al.*, 2018).

A gastrostomia é um procedimento que leva a importantes transformações na dinâmica familiar, exigindo um alto comprometimento tanto dos familiares quanto dos próprios pacientes e do sistema de saúde (LIMA, 2018). O tempo de permanência da gastrostomia dependerá da doença podendo demorar meses ou até mesmo anos (COSTA, *et al.*, 2017).

Fato que requer das mães, ao saírem do ambiente hospitalar, a necessidade de prestar cuidados complexos ao filho, ocasionando enormes mudanças nos hábitos pessoais e familiares. Que mesmo tendo muitos conhecimentos sobre essas experiências vivenciadas, ainda apresentam uma variedade de questionamentos e receios quanto às suas competências para lidar com a situação (SANTOS, 2019).

Assim, os pais de crianças gastrostomizadas procuram os serviços de saúde na expectativa de serem instruídas, pela eficácia do serviço, pelo apoio e segurança transmitida pelos profissionais, com o objetivo de estabelecer um elo consistente entre o serviço e o paciente (CALDAS, *et al.*, 2019). Portanto, o profissional que atende essa população precisa estar altamente qualificado para que assim possa interagir com a família, estabelecendo uma relação colaborativa e respeitosa. É preciso a comunicação e ensino de técnicas e cuidados para atender as necessidades e especificidades de cada unidade familiar, de modo a diminuir o estresse e ampliar a segurança e o bem-estar da criança (BAPTISTA, *et al.*, 2012).

Estes profissionais possuem um enorme desafio que exige uma análise aprofundada de seus conhecimentos e a busca por soluções. O que torna essencial a adesão de ferramentas tecnológicas educativas que possam proporcionar aos pais cuidadores de crianças com gastrostomia informações adequadas para que assim consigam desempenhar uma boa assistência aos seus filhos sem medos e frustrações (MELA, *et al.*, 2015).

O profissional precisa instruir os cuidadores para que estes se sintam mais seguros na realização dos procedimentos com a criança gastrostomizada, como a forma de manusear o cateter, a limpeza do local, cuidados com a alimentação e uma série de procedimentos que

devem ser bem elucidado pela equipe de saúde, dando assim segurança aos cuidadores na realização dos mesmos (CALDAS, 2017).

Para Chaves (2017), a equipe de saúde ainda atua com ineficácia em relação às orientações repassadas para o cuidador domiciliar, e os cuidados administrados pelos cuidadores mostram-se eficazes quando há evolução positiva dos pacientes.

Em virtude dos riscos de complicações para cuidar da criança gastrostomizada, a família precisa ser potencializada como cuidadora. Sendo assim, precisa ser orientada, principalmente, no que diz respeito à aquisição de novas habilidades de cuidados relativas à alimentação, higienização e manutenção do dispositivo. E ainda assim, precisa-se levar em consideração os aspectos objetivos e subjetivos do cuidado que deverá ser oferecido ao usuário com gastrostomia, de forma a atender integralmente suas necessidades, garantindo com isso uma melhor qualidade de vida e empoderamento na assistência prestada a criança (RODRIGUES, *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2014).

No Brasil, não há dados epidemiológicos definitivos sobre crianças gastrostomizada, isso por que ainda há muitas falhas nos registros de informações em saúde e, além disso, os estomas constituem sequelas ou consequências de doenças ou traumas e não causas ou diagnósticos, dificultando ainda mais sua informação. Assim, os dados sobre gastrostomias são desafiadores por depender de registro sistematizado de informações em um território de dimensões continentais diferenciadas, em que existem desigualdades estruturais, filosóficas e organizacionais dos serviços de saúde (ABRASO, 2014; SILVA, *et al.*, 2019).

A literatura sobre esse assunto ainda é bem escassa, dificultando assim que haja interesse na criação de políticas públicas e planejamento para esse fim. Os estudos recentes demonstram mais os aspectos técnicos do procedimento deixando de lado a vivência e as dificuldades que a família enfrenta nesse tipo de experiência (CALDAS, 2017).

Validação de instrumentos tecnológico de informação

Conseguir formular instrumentos tecnológicos que possuam informações relevantes a respeito dos cuidados que devem ser ofertados as crianças gastrostomizada em domicílio ainda é um grande desafio, uma vez que na literatura pouco se encontra sobre o assunto. No entanto a junção de observações encontradas na literatura poderá gerar um trabalho muito valioso.

Já que a maior parte dos cuidados realizados no âmbito familiar não conta com a presença do profissional de saúde, os familiares e cuidadores precisam estar seguros com a proposta terapêutico e aptos a realizarem procedimentos rotineiros, garantindo assim a continuidade e a boa qualidade da atenção, o que torna fundamental a capacitação do cuidador (OLIVEIRA, *et al.*, 2020).

Mello, *et al.*, (2020), afirma que as técnicas de validação de materiais educativos é fundamental para que se consiga elaborar um objeto com caráter científico, credibilidade e integridade na temática proposta, sendo assim, a validação de conteúdo é fundamental para o estudo, tendo em vista a adequação e modificação das inconsistências.

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde nesse processo de educar o cuidador, em especial a dos enfermeiros (CAVALCANTI, *et al.*, 2020). Isso pode ser

facilitado com a utilização de ferramentas que auxiliem o reforço do cuidado a essas crianças com a utilização de tecnologias educativas como as cartilhas, por exemplo, que são instrumentos imprescindíveis para ampliar o conhecimento, a satisfação, a adesão ao tratamento (RODRIGUES, 2017; BRASIL, 2018).

No entanto, a produção de tecnologias que possam auxiliar o cuidado em domicílio dessas crianças portadoras de necessidades especiais e suas famílias ainda é muito escassa, justificando a necessidade de produções que potencializem esta modalidade de assistência, bem como contribuam para um cuidado integral, seguro e de qualidade (CARDOSO, 2018).

Sendo assim, as ações estruturadas que comprovem uma assistência de qualidade, reconhece o processo tecnológico como Tecnologia Assistencial e fator de transformação no cuidado domiciliar, uma vez que permite ao cuidador desenvolver seu trabalho com mais segurança, não precisando recorrer seguidamente ao profissional de saúde (SILVEIRA, 2011).

Assim, a elaboração de um material educativo que traga o máximo de informação de forma clara e objetiva e que consiga ser didático o suficiente para o familiar cuidador traz benefícios avassaladores diminuindo assim a permanência e as idas dessas famílias ao hospital ou serviços de saúde (CONSONI, 2015; NOBREGA, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a elaboração do presente estudo foram analisadas as inferências norteadoras com base no estudo bibliográfico, comparando as informações e avaliando a maneira pelas quais os achados serviriam para a análise da temática. As informações foram disponibilizadas e organizadas com base na literatura pertinente tendo como foco a realidade atual dos cuidadores de crianças gastrostomizadas em seus domicílios.

Sabe-se que cuidar de uma criança que precise de atenção diferenciada é sem dúvidas um grande desafio para as famílias, especialmente para a mãe, que acaba se tornando a principal responsável por esses cuidados (SANTOS, 2019; RODRIGUES, 2017; SILVEIRA, 2011). E não se pode negar que a realização de uma gastrostomia provoca grande impacto na imagem corporal da criança, além de gerar uma enxorada de sentimentos negativos (CORRÊA, *et al.*, 2021).

A mãe, geralmente é a mais sobrecarregada, necessitando de apoio para que possa desempenhar seu papel com eficiência. Ela se sente impotente ao ver que o filho não consegue ser capaz de se alimentar por via oral (NOBREGA, *et al.* 2019, COTRIN, *et al.*, 2012). Portanto é importante que se tenha redes de apoio que trate do cuidado a essas crianças. A equipe de saúde tem grande importância nessa etapa, uma vez que atua em todas as fases da gastrostomia, seja no pré operatório, transoperatório ou pós operatório (SILVEIRA, 2011).

Para os autores a busca por esclarecimentos frente ao medo e a preocupação em cuidar destas crianças, as mães acabam procurando os serviços de saúde para ter conhecimento, apoio e segurança transmitida pelos profissionais, sendo essencial a criação

de um laço consistente entre esse serviço e a família cuidadora. Desta forma o profissional que atende essa população deve estar altamente preparado para interagir com o familiar, estabelecendo uma relação colaborativa e respeitosa (CORRÊA, *et al.*, 2020; RODRIGUES, 2020; RODRIGUES, *et al.*, 2017).

Assim, o elo entre profissional e a mãe deve ser estreito, tornando-se essencial para compreender como esta se sente perante a esta nova situação, construindo juntos propostas de cuidado ampliado multidisciplinar. Entretanto, os discursos das mães mostraram que na maioria das vezes se sentem desamparadas, pois nem sempre conseguem informações de maneira compreensível e segura, sendo estas limitadas e unidirecionais, gerando um sentimento negativo no momento da alta hospitalar (SANTOS, *et al.*, 20210)

Dos sentimentos gerados, o medo, tristeza, incerteza, angústia, culpa, dificuldade na comunicação e fragilidade emocional geral são os mais mencionados pelos familiares dos pacientes principalmente na fase de adaptação. Nesse período podem ser enfrentados os estágios de negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Sendo importante o acompanhamento pela equipe de saúde, não somente para educar, mas também pra repassar conforto e segurança a essa família (SALES, *et al.*, 2017; RODRIGUES, *et al.*, 2017; NOBREGA, *et al.*, 2019).

Na análise literária foram observados que os autores apresentam um ponto em comum quando falam sobre tecnologias educativas para o cuidado domiciliar, para eles quanto mais capacitado o profissional, maior sua confiança em repassar os procedimentos e cuidados que o cuidador deverá tomar para com a criança gastrostomizada (CORRÊA, *et al.*, 2020; RODRIGUES, 2020).

Portanto, consideramos que a assistência de enfermagem à criança em uso de gastrostomia deve ser realizada de forma sistematizada a fim de estabelecer a organização do cuidado que será realizado posteriormente pelo familiar cuidador em casa, o enfermeiro deve ser capaz de planejar um conjunto de estratégias para a promoção, prevenção e tratamento, aspirando capacitar a família para que está seja capaz de dar continuidade do cuidado no ambiente domiciliar (SANTOS, *et al.*, 2021; ALMEIDA, *et al.*, 2021).

Assim, observa-se que para os autores, a elaboração de tecnologias para educar os cuidadores de crianças gastrostomizadas tem sido uma estratégia inovadora na tentativa de tirar o paciente do ambientes de saúde, como hospitais, centros e postos de saúde, para que se possa dispensar o cuidado domiciliar mais particularizado. Então o saber informar o cuidador para que este tenha êxito no cuidado oferecido é fundamental (CALDAS, *et al.*, 2019; CALDAS, 2017; MEDEIROS, 2017).

Observa-se na literatura que o enfermeiro é visto como o profissional que mais tem contato com o paciente e o que de perto acompanha toda sua trajetória dentro do hospital, e algumas vezes fora, no caso de pacientes tratados em domicílio, caberá a ele o auxiliar em todo processo de recuperação e superação, nesse caso, é preciso que sua assistência esteja voltada não só para o cuidar de pessoas, mas também, o saber educar para que o usuário se sinta seguro em realizar qualquer tipo de procedimento do menor ao maior (ALMEIDA, *et al.*, 2021; CORRÊA, *et al.*, 2020; RODRIGUES, 2020; RODRIGUES, *et al.*, 2017).

A análise dos artigos mostra bem esse ponto, pois a maioria dos autores concordando que o cuidado da enfermagem ao paciente tem um papel fundamental, uma vez que tranquiliza o usuário do sistema e traz maior segurança na realização do procedimento em casa, minimizando erros, sendo de extrema importância que o profissional esteja bem preparado e comprometido (FERREIRA, *et al.*, 2020; MEDEIROS, 2017).

Assim, é importante enfatizar a necessidade dos enfermeiros em proporcionar o maior envolvimento da equipe com a família, repassando a este o conhecimento ao qual irá permitir um atendimento domiciliar de sucesso reduzindo a ida desses pacientes ao hospital (BRASIL, 2018; BARROS, 2016; ANDERLI, *et al.*, 2013).

Nesse contexto, percebe-se que o cuidado da enfermagem é um ponto chave para o sucesso de assistência independente do local ao qual ela será disponibilizada, especialmente no que tange ao cuidado técnico. Assim, fica claro que a qualificação do profissional é imprescindível para uma boa atuação profissional (SANTOS, *et al.*, 2020). O profissional precisa entender sua importância e que o cuidar abrange mais que uma relação terapêutica, expressa também uma relação de necessidades com sensibilidade que permitirá o bem-estar da pessoa que precisa desses cuidados, além de melhorar as completudes emocionais e físicas do cliente.

Nesse contexto, o enfermeiro tem o papel de educador em saúde, entendendo a importância de fornecer aos familiares informações relacionadas ao procedimento e outros cuidados que envolvem as mudanças frente à “nova condição”, sendo fundamental na orientação dos cuidadores para a prestação dos cuidados.

A literatura enfatiza que a equipe que acompanha o tratamento domiciliar deve ser capaz de identificar e resolver ou pelo menos amenizar as principais dúvidas e dificuldades dos cuidadores no manejo de gastrostomia em ambiente domiciliar (OLIVEIRA, *et al.*, 2020; CORRÊA, *et al.*, 202; VAZ & FERRAZ, 2019).

As dúvidas mais frequentes observadas durante a elaboração da pesquisa, estão relacionadas mais ao manuseio dos dispositivos acoplados ao corpo da criança, o cateter de gastrostomia e a derivação ventrículo peritoneal, alguns familiares também apresentam método de infecção ao manusear de forma errônea esses dispositivos (BARROS, 2016). Porém, essas dúvidas são sanadas com o passar dos dias, com a prática do cuidado e o apoio da equipe de enfermagem que orienta e acompanha com zelo cada família que precisa de apoio.

Por fim, nota-se que os autores amplamente discutem na literatura que a técnica de criação de tecnologias educativas seria a melhor forma de educar o familiar que exercerá a função de cuidador, uma vez que nela pode ser encontrado as orientações necessários para o cuidado e as dúvidas mais frequentes sobre a gastrostomia.

Nos trabalhos destacados como mais relevantes, foi visto que todos tiveram como resultado a validação ou elaboração de algum tipo de tecnologia educativa, tais como: cartilhas e manuais que contém informações necessárias ao cuidado de crianças gastrostomizadas.

Por fim, após a análise literatura, foi possível verificar que os autores teve êxito em seus objetivos, em sua maioria a criação e validação de Manuais e/ou Cartilhas para o

cuidado domiciliar, foram avaliados por juizes com um ótimo grau de aceitação, entre 93% a 100%, em relação a seu conteúdo, significando que o material possui embasamento teórico sólido, eficiência e pode facilitar o processo de aprendizado, além de ter uma sequência lógica nas etapas do cuidado para cada procedimento e seu conteúdo condiz com o conhecimento atual (CORRÊA, *et al.*, 2020; OLIVEIRA, *et al.*, 2020; FERREIRA, *et al.*, 2020; RODRIGUES, 2020).

Já Caldas, *et al.* (2019), elaboraram no final de seu estudo uma cartilha impressa com o título “A criança e sua gastrostomia: um guia para famílias e cuidadores”. A mesma contém 24 páginas e nove tópicos de conteúdo, com textos e imagens. Esta teve a participação dos familiares que utilizou de sua sensibilidade e criatividade. O que tornou diferenciado seu trabalho foi o fato de que o autor contou com a experiência das famílias com filhos com gastrostomia, as quais puderam trocar suas experiências. Porém, a cartilha precisa passar por validação de seu conteúdo e assim se tornar apta ao uso como instrumento de tecnologia.

Por fim, entende-se que famílias que têm criança com gastrostomia passam por experiências que afetam todos os membros da família. Além de causar uma completa mudança em sua rotina. Então, torna-se essencial a produção e uso de tecnologias de educação de forma clara e facilitadora, permitindo a esses cuidadores um saber técnico que possa ajudar em seu dia a dia.

Segue abaixo um quadro descrevendo os artigos de maior relevância, mostrando sua importância e semelhanças nos resultados quanto as tecnologias educativas para informação dos cuidadores de crianças gastrostomizadas, quadro 1.

Quadro 1 - Registro dos artigos selecionados sobre Instrumento tecnológico de informação nos cuidados direcionado a famílias cuidadoras de crianças gastrostomizada.

Autor/ano	Título	Resultado	Considerações finais
CORRÊA, <i>et al.</i> 2021	Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar.	Ao final do estudo os autores conseguiram construir e validar um Manual para o cuidado domiciliar. Que foi considerado satisfatório, apresentando Índice de Validade de Conteúdo global entre juizes de 94%.	O manual foi validado quanto ao conteúdo, visual e relevância pelos juizes, obtendo índices satisfatórios acima do valor estipulado. Portanto, constitui uma tecnologia educativa que pode ser utilizada pelos cuidadores e pacientes inseridos no contexto do programa Melhor em Casa, para promoção de cuidados mais eficazes.
OLIVEIRA, <i>et al.</i> 2020	Tecnologia educativa para cuidadores de crianças e adolescentes dependentes de cuidados especiais no domicílio.	Teve como resultado a elaboração da cartilha com base em revisão integrativa da literatura e por entrevistas com 19 cuidadores. A mesma teve índice de validação de conteúdo entre os juizes foi de 0,99, indicando ótimo grau de concordância. A validação semântica pelos cuidadores obteve-se um percentual de concordância de 100%.	Diante dos resultados conclui-se que a tecnologia educativa teve excelente aceitação, podendo contribuir para o cuidado de crianças e adolescentes acamados em domicílio

Autor/ano	Título	Resultado	Considerações finais
FERREIRA, <i>et al.</i> 2020	Content validation of an educational technology about men's health.	O manual teve como índice de validade de conteúdo 0,84, 0,73, 0,84 e índice geral de 0,78. As sugestões dos juízes contribuíram para a revisão da tecnologia educacional e foram consideradas e incluídas na versão	O manual foi validado como tecnologia educacional para disseminar informações relevantes para a população masculina e também ser um dispositivo mediador de práticas.
RODRIGUES, 2020	Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia	O índice de Validade de Conteúdo obteve escore global de 93% e, no escore Suitability Assessment of Materials, a cartilha alcançou pontuação de 85,2%. Obteve-se percentual de legibilidade satisfatório, com pontuação global de 72%.	A cartilha educativa desenvolvida foi considerada válida para ser utilizada pelos cuidadores e poderá contribuir para a manutenção de boas práticas nos cuidados da criança com gastrostomia.
CALDAS, <i>et al.</i> 2019	Produção sensível e criativa de tecnologia cuidativo-educacional para famílias de crianças com gastrostomia	Teve como resultado a construção dos conteúdos da tecnologia, com descodificação em subtemas. Tecnologia do tipo impressa (cartilha), intitulada A criança e sua gastrostomia: um guia para famílias e cuidadores. Com 24 páginas e nove tópicos de conteúdo, com textos e imagens.	Emergiram evidências sociais que favorecem a produção de uma tecnologia sensível à realidade, que após validação, ajudará as famílias.
MEDEIROS, 2017	Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia	Os dados evidenciaram que existe conhecimento sobre o tema, porém, não há um consenso entre os enfermeiros quanto aos cuidados com a gastrostomia havendo divergências entre as orientações para a alta dadas aos pacientes/ familiares. As orientações para a alta giram em torno da limpeza do estoma, lavagem da sonda, administração da dieta.	Os cuidadores revelaram dificuldades e dúvidas no ambiente domiciliar, relacionadas aos cuidados básicos (limpeza da sonda, alimento que pode ser administrado) e àquelas estruturais e de apoio (que alimentação dar quando não é fornecida a dieta industrializada pelo estado, onde conseguir uma nutricionista para alterar a dieta).
CALDAS, 2017.	Tecnologia cuidativo educacional para promoção da autonomia de famílias de crianças com gastrostomia.	O autor conseguiu desenvolver uma tecnologia cuidativo educacional de apoio para as famílias de crianças com gastrostomia.	Para o autor as famílias com o conhecimento sobre gastrostomia sentem-se empoderadas dos seus direitos e conseguem transformar sua realidade.

Fonte: Própria dos autores da pesquisa, (2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de tecnologias que abrangem as mais variadas formas de cuidados que se deve oferecer a crianças gastrostomizadas é sem dúvidas um grande desafio. Essas crianças estão entre as pessoas com necessidades especiais de saúde e que geralmente permanecem desconhecidas pelas estatísticas, devido à dificuldade em se obter dados registrados sobre elas e a fragilidade em seu diagnóstico, por ser algo com poucos estudos publicados.

O estudo constatou as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores das crianças em uso de gastrostomia no que se refere ao conhecimento para as práticas do cuidado domiciliar.

O impacto da família ao receber o diagnóstico do filho determina um momento árduo a qual a família toda terá que passar. Isso nos faz refletir sobre a importância de uma assistência de qualidade, que deve ser realizada de forma integral desde o período pré-operatório, buscando amenizar o sofrimento das famílias que vivenciam o cuidado à criança portadora de gastrostomia. Com deste estudo foi possível refletir acerca da atuação do enfermeiro que possui um papel muito importante ao realizar as orientações e ações educativas ao familiar cuidador, possibilitando a interação, a confiança e o desenvolvimento da prática do cuidado. No entanto para que isto aconteça de forma eficaz é crucial a elaboração e validação de cada vez mais aprimorado de instrumento tecnológico de informação direcionado a famílias cuidadoras de crianças gastrostomizada e o trabalho mutuo entre a família e a enfermagem.

Nesse contexto, é visto que a continuidade e a qualidade do cuidado só pode ser garantido, quando ambos, familiar e enfermeiro reconhecem a importância do um do outro no cuidado a criança. De fato essa conduta gera resultados favoráveis, diminuindo o índice de complicações e possíveis reinternações, além de ajudar no processo de reabilitação da criança.

Constatou-se ao final desta pesquisa que a literatura legítima tem o profissional de enfermagem como fundamental ao tratamento e acompanhamento, uma vez que ele, ao se tornar responsável pelo paciente, passa a oferecer uma assistência digna e integral em todo o período de realização do mesmo e que sua atenção, no caso de crianças gastrostomizadas, é bem mais eficaz quando esse profissional consegue fazer uso das tecnologias de educação, orientando e instruindo o cuidado sobre as rotinas a serem feitas em seu domicílio.

Outro ponto levantando seria de que as famílias com o conhecimento sobre gastrostomia se sentem empoderadas dos seus direitos e conseguem transformar sua realidade.

Assim, este estudo mostra sua importância no sentido de que poderá oferecer benefícios e contribuições ao profissional para que tenha requisitos essenciais de informação para fornecer a família do paciente desempenhando seu papel de forma mais humanizada e eficaz, baseada no anseio pela segurança do paciente em cuidado domiciliar, demonstrando assim sua importância em cada etapa do procedimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; CAMARGO, F. C.; RIBEIRO, A. F. Terapia nutricional enteral domiciliar: experiência de educação permanente. Rev. REFACS. v 9. n 4. 2021

ALVES, S. B.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; *et al.* Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(1), 128-134. 2012

ANDERLI, P.; SOUZA, B. B.; JULIÃO, G. G. *et al.* Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. Rev. ALETHEIA 41, p.164-173, maio/ago. 2013

BARROS, A. B. S. Dúvidas dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde quanto os cuidados domiciliares. 2016. 71 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense. 2016.

BAPTISTA, B. O.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS): março 2012. V.33, n. 1: p 147-156.

BACKMAN, E.; KARLSSON, A. K.; SJÖGREEN, L. Gastrostomy Tube Feeding in Children With Developmental or Acquired Disorders: A Longitudinal Comparison on Healthcare Provision and Eating Outcomes 4 Years After Gastrostomy. *Nutr Clin Pract.* 2018. v. 4, n 33, p:576-583.

BENTES, E. S. C. Cuidados da enfermagem a pacientes em tratamento domiciliar: Revisão integrativa. 2020. 47 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar. Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 96p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Mortalidade hospitalar do SUS por Região. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado em 6 de junho de 2021] .

CARDOSO, R. S. S.; SÁ, S. P. C.; DOMINGOS, A. M.; SABÓIA, V. M. *et al.* Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. *Rev Bras Enferm.* 2018; v 2, n 71. p: 786-792.

CALDAS, A. C. S.; DIAS, R. S.; SOUSA, S. M. A. *et al.* Produção sensível e criativa de tecnologia cuidativo-educacional para famílias de crianças com gastrostomia. *Escola Anna Nery* 23(1) 2019

CALDAS, A. C. S. Tecnologia cuidativo-educacional para promoção da autonomia de famílias de crianças com gastrostomia. 2017. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís,. 2017.

CAVALCANTI, C. A. L.; LEITE, J. C. S.; OLIVEIRA, V. R. A enfermagem e o empoderamento de cuidadores de crianças gastrostomizadas: relato de experiência de uma abordagem grupal. *Ternational Journal of Development Research*, Vol. 10, n, 05. May, 2020.

COLIN, T. B. Enfermagem e o desafio do tratamento em domicílio: orientação aos familiares. 2020. 47 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia (UFBA). 2018.

CONSONI E. Os desafios do enfermeiro no cuidado domiciliar. *Rev. Enfermagem Brasil*, 2015: 14(4), 229-34.

COTRIN, J.; CARVALHO, J. CARVALHO, L. Alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea: impacto na qualidade de vida de doentes e cuidadores?. *Acta Pediátrica Portuguesa*. V, 43. n 3. p:118-121. 2012.

- CORRÊA, A. A.; MARRERO, L.; PORTO, G. A.C. Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3. 2021.
- COSTA, E. C. L.; LUZ, M. H. B. A.; GOUVEIA, M. T. O. Caracterização sociodemográfica e clínica de crianças e adolescentes com gastrostomia. *Rev Pre Infec e Saúde*. V 3, n 4. p.15-24. 2017.
- FARIA, A. A.; APARECIDO, A. M.; CRUZ, G. L.; *et al.* Cuidando de quem cuida: o papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. *Revista Saúde em Foco*: v 9, n 3, p: 25-36. 2017.
- FERREIRA, D. S.; TEIXEIRA, E; BROWN, D. O.; *et al.* Content validation of an educational technology about men's health. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e36344. 2020.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.
- GOMES, C. G. S.; SILVEIRA, A. D.; ESTRELA, L.P.C.B.; *et al.* Efeitos do Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na Capacitação de Cuidadores de Crianças com Autismo. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Bauru, v.27, p.285-300, 2021.
- LIMA, A.C.. Construção e validação de cartilha educativa para orientação do familiar de crianças em nutrição enteral. 2018. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba - UFPB. João Pessoa, 2018.
- LIBÓRIO, E. L. F. FIETZ, V. R.; WATANABE, E. A. M. T. Vivências dos Cuidadores em Relação à Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. *Rev. Labore em Ensino de Ciências*. Campo Grande – MS. v.1, n. especial p. 126-139. 2016.
- LINO, A. I. A.; JESUS, C. A. C. Cuidado ao Paciente com Gastrostomia: Uma Revisão de Literatura. *Estima. Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2013.
- MANSUR, G.; MELLO, G. Gastrostomia Endoscópica Percutânea. *Técnicas e Aplicações*. 1 Ed. RUBIO, 2012. p.183-197.
- MARIANI, F. E. P.; DUARTE, E. D.; MANZO, B. F. Perfil de crianças, adolescentes e seus cuidadores assistidos por um Programa de Atenção Domiciliar. *Rev RENE*. 2016. ; v 17, n 1 , p:137-143.
- MARTINS, A. C. F. Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio. 2013. 128 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual Paulista (UNESP). 2013.
- MEDEIROS, Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia. 2017. 187 p. Dissertação (Mestrado em Gestão do cuidado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 2017.
- MATSUBARA, M. G. S.; VILLELA, D. L.; HASHIMOTO, S. Y. *et al.* Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. São Paulo: Ed. LEMAR; 2012.
- MELA, C. C.; ZACARIN, C. F. L; DUPAS, G. Avaliação de famílias de crianças e adolescentes submetidos à gastrostomia. *Rev. Eletr. Enf.* 2015: abr./jun.; v. 2, n 17: p :212-22.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

- MOCELIN, C.; SILVA, T. G.; CELICH, K.; *et al.* The care of dependent elderly on the family contexto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 9(4), 1034-39. 2017.
- MOREIRA, A. P., SABÓIA, V. M., CAMACHO, A. C. L. F.; *et al.* Educational game of medication administration: a validation study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 4, p. 528-34. 2014.
- MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; SÁ, M. R. C. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p.2083-2094, 2014.
- NOVAES, N.F.; CUNHA, A. C. B. Enfrentamento e Resiliência Familiar na Tomada de Decisão pela Gastrostomia Infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019 v. 39. p:1-16.
- NOBREGA, V. M.; ARAUJO, M. G. F.; COUTINHO, L. R. P. C.; *et al.* Vivências maternas no cuidado à criança gastrostomizada: subsídios para atuação da equipe de saúde. *REME – Rev Min Enferm*. 2019
- OLIVEIRA, N. L.M.; BARBOSA, E. M.G. B.; PITOMBEIRA, M. G.V. *et al.* Tecnologia educativa para cuidadores de crianças e adolescentes dependentes de cuidados especiais no domicílio. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, 2020. p.1-9.
- PEREIRA, F. E. M.; DUARTE, E. D.; MANZO, B. F. Perfil de crianças, adolescentes e seus cuidadores assistidos por um Programa de Atenção Domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 17, núm. 1, Enero-Febrero, 2016, pp. 137-143 Fortaleza. Universidade Federal do Ceará.
- RODRIGUES, L. N. Construção e validação de tecnologia educativa para cuidadores de crianças com gastrostomia. 2017. 126 p. Dissertação de mestrado (Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Centro de Ciências da Saúde da - Universidade Estadual do Ceará (UECE). 2017.
- RODRIGUES, L. D. N.; BORGES, L. A. F.; CHAVES, E. M. C. Sentimentos vivenciados por mães de crianças com gastrostomia. *Rev. Enfermagem atual*. 2017.
- RODRIGUES, L. N.; SANTOS, A. S.; GOMES, P. P. S. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. *Rev Bras Enferm*. 2020. v 73. n 3.
- SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; *et al.* Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica - 3ª Parte Capítulo IV. Medicina (Ribeirão Preto)* 2011;44(1):39-50.
- SALES, C. A.; VIOLIN, M. R.; WAIDMAN, M. A. P.; *et al.* Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*. 2017.
- SANTOS, T. B. Elaboração de tecnologias de informação para o cuidador/familiar de pacientes em atendimento domiciliar. 2019. 89 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará (UFCE). 2019.
- SANTOS, T. B.; CARVALHOS, P. B.; SANTOS, E. P. *et al.* Assistência de enfermagem à criança em uso de gastrostomia: orientando a família para o cuidado domiciliar. *Revista ciência, tecnologia e inovação em saúde*. v 2. 2021.
- SILVA, C. O.; CUNHA, R. R.; RAMOS, E. D. M. S.; *et al.* Gastrostomia em pediatria: aspecto clínico epidemiológico. *Rev RENE*. 2019.

SILVEIRA, A. D. Cuidado de Enfermagem à criança com necessidades especiais de saúde: demandas de educação em saúde de familiares. 2011. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

SOUTINHO, L. A.R.; FONTES, D. A.; CARVALHO, Y. S. V.; *et al.* Perfil, critérios de indicação e desfecho da inserção de gastrostomia em um hospital pediátrico universitário. ACTA FISIÁTRICA. v 3. n 22. p:123-129. 2015.

VAZ, B. M.; FERRAZ, S. B. Cartilha de cuidados domiciliares: nutrição enteral. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. 1º EDIÇÃO. 2019. 27 p.

ZACARIN, C. F. L. Estomias gastrointestinais em crianças e adolescentes: experiência da família. 2014. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). 2014.

Um estudo acerca do acolhimento institucional sob a perspectiva da Terapia Cognitiva-Comportamental em jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados

Leonardo Luiz Soares da Silva

Terapia cognitiva comportamental para intervenções em relações humanas complexas. Instituto de Pós-Graduação - IPOG Florianópolis, SC, 20 de março de 2022

RESUMO

O objeto de estudo acolhimento institucional sob a perspectiva da Terapia Cognitiva-Comportamental cujo contexto remete a situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados. o problema de pesquisa que induziu o presente estudo: apresenta-se o problema de pesquisa que motivou este estudo e que está condensado na seguinte interrogação: Como as estratégias da TCC pode contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida? A hipótese propositada para o estudo é a de que: A TCC pode contribuir de maneira assertiva no acolhimento institucional em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados. A pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa, sendo puramente bibliográfica. Para tanto, compilou-se e analisou-se diversos artigos de vários autores que foram publicados nos últimos cinco anos em portais de pesquisa como o Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. O resultado obtido foi uma amostra de 7 artigos e que mais se alinharam com esta pesquisa e cuja análise dos dados foi baseada no referencial teórico adotado. Os resultados encontrados indicam que a TCC, de forma mais específica, a Terapia Cognitiva-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com enfoque na narrativa do trauma é efetiva para jovens que se encontram acolhimento institucional situações de autolesão não suicida e ideação suicida. Denota-se também que o papel protagonizado pelo Psicólogo é essencial nesse processo de acolhimento e de visar restituir esse jovem ao convívio do seu núcleo familiar.

Palavras-chave: acolhimento institucional. terapia cognitiva-comportamental em jovens. situações de autolesão não suicida e ideação suicida.



INTRODUÇÃO

O presente estudo se insere na área do conhecimento da TCC, adentrando nas estratégias adotadas da Terapia Cognitiva-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com enfoque na narrativa do trauma para jovens que se encontram em acolhimento institucional e situações de autolesão não suicida e ideação suicida. Assim, o interesse pelo tema por parte do pesquisador surgiu em razão do seu trabalho desenvolvido em uma instituição localizada na região da Grande Florianópolis, ocupando o cargo de Coordenador Técnico desta instituição. Neste sentido, busca-se estratégias que propiciem um acolhimento institucional mais efetivo e que pavimente de forma o acesso ao processo de retorno à sua família de origem ou um outro lar que possa suprir as necessidades desse jovem institucionalizado. Por um outro viés, almeja-se lidar com situações de autolesão não suicida e ideação suicida que são comuns nesses indivíduos que tendem a conviver com diversos aspectos negativos ao longo de suas vidas, principalmente quando são extraídos dos seus lares, ou que estejam submetidos à condição de vulnerabilidade social ao conviverem nas ruas.

Neste sentido, identificou-se uma questão a ser investigada por meio de uma pesquisa, ou seja, o problema de pesquisa que induziu o presente estudo: Como as estratégias da TCC pode contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida?

Diante deste questionamento supra citado, pode-se buscar uma resposta que possa tanto elucidar o problema em questão, quanto oferecer uma justificativa para a problemática identificada, haja vista que os jovens em acolhimento institucionalizado passam por diversas experiências negativas inclusive as situações de autolesão não suicida e ideação suicida. E é no intento de ofertar uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos, bem como para evitar a autolesão e a ideação suicida, que em muitos casos, culminam na intenção e no próprio suicídio em si, como se poderá analisar ao longo desta pesquisa. Pode-se ressaltar que este estudo se torna relevante na medida que busca alternativas que visem dirimir os aspectos negativos advindos tanto do acolhimento institucional, quanto da autolesão e da ideação suicida.

Para tanto, adotou-se como objetivo geral desenvolver um estudo acerca das estratégias da TCC de modo que possam contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida. E para sua consecução, elenca-se os seguintes objetivos específicos: desenvolver um referencial teórico que sirva de suporte para a pesquisa em tela e efetuar um estudo bibliográfico em relação aos posicionamentos dos autores em face da temática dos jovens acolhimento institucionalizado sob a perspectiva da TCC em situações de autolesão não suicida e ideação suicida.

A hipótese estipulada para o estudo é a de que: A TCC pode contribuir de maneira assertiva no acolhimento institucional em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados.

Na percepção de Corrêa, Dias e Zimmer (2018), o acolhimento evidencia uma medida excepcional, cuja adoção se dá quando são esgotados todos os recursos que

possam manter os jovens no âmbito do convívio com a sua família de origem.

Sendo assim, Klonsky *et al.* (2015) a autolesão apresenta uma elevada frequência de ocorrência em relação ao montante da população em geral, bem como nas amostras psiquiátricas, pode-se aferir que ainda seja percebida como um fenômeno que ocorra há um considerável período de tempo, são raros os tratamentos que possam ser comprovados. Na visão de Stein e Simeon (2001), os indivíduos infligem lesões físicas de forma direta e intencional a si mesmos, no entanto, sem a intenção de cometerem suicídio, sendo que tais lesões são efetuadas de muitas formas diferentes, algumas são culturalmente sancionadas e outras patológicas.

O acolhimento institucional possui como objetivo central ofertar experiências que possam ser reparadoras para jovens que se encontram afastados do convívio do seu núcleo familiar. Todavia, a prioridade do acolhimento seja reintegrar esse jovem a sua família, no entanto, denota-se que esse evento tende a ocorrer com pouca frequência no contexto nacional (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Por fim, diante do exposto ao longo desta breve introdução, pode-se concluir que a temática é relevante tanto a partir do prisma social, quanto da área da Psicologia e do relevante papel do Psicólogo como elemento essencial para um acolhimento efetuado de forma efetiva e que busca a reintegração do jovem ao seu núcleo familiar ou de um lar adotivo.

DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo, estão elencados diversos autores e os seus posicionamentos acerca do tema em estudo de modo que se possa atrelar veracidade científica ao presente estudo.

Acolhimento Institucional: Breves considerações

Os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) estão alocados no cerne das propostas de serviços caracterizados por alta complexidade e estão adstritos ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2009).

O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é uma política pública presente em todo o Brasil com o objetivo de promover proteção social e garantia de direitos aos indivíduos e comunidade por meio de serviços, benefícios, programas e projetos. O modelo de gestão é articulado com a União, estados e municípios. [...] Entre os serviços ofertados, estão questões relacionadas a renda, moradia, vínculos familiares, deficiência, violência. Inserido na rede, o SUAS faz uma articulação importante como serviço de portas abertas ao conhecer os indivíduos e suas necessidades (BRASIL, 2020, p. 36).

É notório ressaltar que a área da assistência social, na década anterior, teve um adimplemento com o SUAS, com o seu desenvolvimento, bem como a municipalização e o processo de reordenamento de serviços (FERREIRA, 2011).

Assis e Farias (2013) contextualizam que:

Desde o final do século XIX e durante grande parte do século XX, a institucionalização configurou-se, em maior ou menor grau, como uma das principais políticas postas em prática pelo Estado para lidar com o dito “menor” ou “menor em situação

irregular”, como ficou designado a partir de 1979. Todo um aparato institucional foi sendo edificado durante a história brasileira cuja tônica focalizava a institucionalização, como é o caso do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e da Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), apenas para citar os dois mais conhecidos (ASSIS; FARIAS, 2013, p. 23).

O documento federal denominado de *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*, datado do ano de 2009, possui como escopo regulamentar, com abrangência em todo o território nacional, organizar e ofertar Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, na esfera da política de Assistência Social (BRASIL, 2009).

Embora a Proteção Social Especial de Alta Complexidade contemple serviços de acolhimento que podem atender crianças e adolescentes acompanhados de seus pais ou responsáveis, o presente documento se reporta exclusivamente àqueles serviços que acolhem crianças e adolescentes que se encontram sob medida protetiva de abrigo (Art. 101, ECA), ou seja, em situação de abandono ou afastados do convívio familiar pela autoridade competente. No documento estão contemplados, ainda, parâmetros para a organização de Repúblicas, destinadas ao atendimento de jovens que atingem a maioridade em serviços de acolhimento para crianças e adolescentes e que, após os 18 anos, precisam de apoio durante um período de transição (BRASIL, 2009, p.18).

Para Corrêa, Dias e Zimmer (2018), o acolhimento representa uma medida de cunho excepcional, e cuja adoção se dá quando se esgotam todos recursos que possam manter as crianças e os adolescentes em convívio com a sua família de origem. No entanto, pode-se observar que o impacto incorrido pela situação de abandono ou de afastamento do convívio deste núcleo familiar podem ser dirimidos caso as condições relativas ao atendimento prestado pelo serviço de atendimento orientado para acolher esse indivíduo possibilitarem experiências que possam reparar e fazer com que a criança e o adolescente possam retomar o convívio familiar (BRASIL, 2009).

Sendo assim, em razão da especificidade e da complexidade que permeia as atividades de acolhimento, torna-se relevante refletir acerca do papel do psicólogo nessas instituições, de forma que se possa construir assertivamente referenciais que possibilitem nortear princípios éticos para o seu desempenho (GUEDES; SCARCELLI, 2014).

De acordo com Marcilio (2006), há três fases que demarcam tanto a assistência, quanto à proteção à infância. Sendo assim, essas fases são a caritativa, a filantrópica e do Estado do bem-estar que se encontram adstritas à história da Europa, quanto à brasileira. No entanto, essas fases se aproximam mais de modelos de discursos que aduzem diferenciadas atribuições de posicionamentos no âmbito desses discursos.

Ao se aproximar do contexto brasileiro, as raízes da institucionalização da infância remetem ao período colonial, de forma mais precisa no final do XVII, que em razão do adensamento significativo da população urbana, de forma concomitante, ocorreu o agravamento de crianças pobres e também das que eram consideradas ilegítimas, que, desta forma, acabam por serem enjeitadas ou largadas ao abandono nas ruas, onde acabavam por morrer ou serem devoradas por animais. Diante desta situação, foram criadas as instituições voltadas para o amparo das crianças, denominadas de Casas dos Expostos, ou ainda, Roda dos Expostos, que tiveram o seu surgimento datado no ano de 1726, na cidade de Salvador, e em 1738, no Rio de Janeiro e no ano de 1789, na cidade de Recife (ASSIS; FARIAS, 2013).

A Roda dos Expostos possuía como escopo, sob a perspectiva ideológica, proteger o lado moral das famílias de modo que pudesse ofertar um fim caridoso aos rebentos nascidos das uniões concebidas como ilícitas (RIZZINI; PILOTTI, 2009). Denota-se que a infância pobre no Brasil passou a ser um objeto tanto de discussão, quanto de intervenção por parte do Estado somente no período referente ao final do século XIX, momento este que o modelo de proteção caritativo, sob forte influência religiosa começa a perder forças para as ações de cunho filantrópico (ASSIS; FARIAS, 2013).

Ao se dar um salto cronológico em direção à atualidade, pode-se denotar que com o advento de dispositivos normativos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), datado de 1990, (BRASIL, 1991), os jovens passar a ser indivíduos dotados de direitos que ganharam respaldo pela tutela do Estado, de modo que esses direitos foram sendo concretizados gradualmente em prol da proteção deles de uma forma geral.

Situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados

A autolesão possui uma elevada frequência ocorrência entre o montante da população em geral e nas amostras psiquiátricas, e ainda que não seja percebida como um fenômeno que ocorra há um considerável período de tempo, existe rara oferta no que tange a tratamentos que possam ser comprovados (KLONSKY *et al.*, 2015). Para Stein e Simeon (2001), os indivíduos podem infligir lesões físicas de forma direta e intencional a si mesmas sem a intenção de incorrem em suicídio, de muitas formas diferentes, sendo que algumas são culturalmente sancionadas e outras patológicas.

A autolesão significa qualquer espécie de comportamento de caráter intencional que envolve a situação de agressão efetuada diretamente ao corpo, no entanto, inexistente a intenção consciente para o suicídio em si (KLONSKY *et al.*, 2015).

As características que permeiam a autolesão de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5):

A característica essencial da autolesão não suicida é o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. Em geral, o propósito é reduzir emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura, e/ou resolver uma dificuldade interpessoal. Em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida. O indivíduo frequentemente relatará uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo.

Quando o comportamento ocorre de forma frequente, pode estar associado a um senso de urgência e fissura, com o padrão comportamental resultante lembrando a adição. Os ferimentos infligidos podem se tornar mais profundos e mais numerosos (APA, 2014, p. 804).

Ainda segundo APA (2014), a lesão é infligida de forma mais frequente com objetos como uma faca, uma agulha, ou qualquer tipo de lâmina ou objeto afiado. Sendo que os locais mais comuns para ocorrência da lesão tendem a incluir a região relativa à área frontal das coxas e o lado dorsal do antebraço. Na definição alusiva à autolesão não suicida (*non-suicidal self-injury*) são incluídos apenas os comportamentos que visam lesar o tecido corporal, ou seja, a título de exemplificação, são cortes, também são incluídos as queimaduras e os arranhões, no entanto, quando o sujeito afirma que inexistente a intenção suicida. Ainda

há um outro termo que se refere à autolesão (*self-harm*) que engloba um rol significativo de métodos de autolesão, tais como cortes, adentrando em outras possibilidades como o sufocamento e a ingestão de substâncias específicas e que, desta forma, não se pode diferenciar se esse comportamento representa ou não, uma tentativa de suicídio, todavia, descarta-se a possibilidade da intencionalidade em razão da complexidade desta atribuição (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

De acordo com Klonsky *et al.* (2015), o perfil do jovem que possui a ideação suicida é cingido pela complexidade na medida em que é dividido pelas suas características pessoais que se interseccionam com os transtornos psiquiátricos que remontam desde o seu período da infância e que corroboram para incorrerem em significativos prejuízos em sua vida social e familiar.

A complexidade supra exposta tende a ser decorrente da intencionalidade em si, isto é, da conotação deste termo que leva em seu bojo uma conceituação significativamente controversa, que gera mais desacordo entre os pesquisadores desta área. Nesta esteira, pode ser concebida como o aspecto da determinação canalizada para agir de uma forma a atingir um objetivo específico, e que de acordo com a temática em tela seria o suicídio em si. Assim, a sua auto avaliação é efetuada de forma primária de acordo com autorrelato, um método notadamente marcado pela imperfeição e com acentuada potencialidade de viés dado ao nível de sua imprecisão, seja relativa ao aspecto da memória do ato o inclusive pertinente à ambivalência acerca do morrer (NOCK, 2010).

A literatura evidencia que os indivíduos que tendem a praticar a autolesão são jovens, de modo mais preciso, estão situados na faixa etária referente à adolescência (APA, 2014; NOCK, 2010; KLONSKY *et al.*, 2015). A característica apresentada converge com o perfil clínico do jovem com comportamentos auto lesivos que remete a uma maior frequência entre indivíduos do sexo feminino e que possuem menores níveis de educação (BRUNNER *et al.*, 2007).

No tocante à ideação suicida em jovens institucionalizados, pode-se inferir que o suicídio é percebido como um grave problema no âmbito da saúde pública nos jovens. Assim, os modelos explicativos tendem a identificar alguns fatores de riscos no que tange o aspecto da ideação suicida, bem como a incidência de acontecimentos de cunho negativo que exercem uma influência significativa direta ou indireta, em razão do efeito que exercem nos demais aspectos psicológicos (KLONSKY *et al.*, 2015). O Manual denominado de Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação explana que:

Atualmente, embora seja um tema trabalhado em diversas áreas do conhecimento, a compreensão sobre o suicídio precisa ir além de interpretações que o reduzam a um fenômeno de ordem meramente biopsíquica, fazendo-se necessário levar em consideração sua natureza complexa, o que exige pensá-lo também a partir de dimensões históricas, socioambientais, culturais e econômicas (BRASIL, 2020, p. 8).

Desta forma, os jovens institucionalizados passam a vivenciar de forma gradativa esses acontecimentos de vida negativos, e neste sentido, aparentam apresentarem um maior risco no que tange à ideação suicida (KLONSKY *et al.*, 2015). Para fins de estudo, de acordo com Marcelli e Braconnier (1989), a ideação suicida é definida pela presença atinente às ideias ou desejos de extinguir a própria vida e que possui um elevado nível de severidade e de risco elevado.

Concebe-se o suicídio como um ato de natureza deliberada, cujo início e conclusão se dá por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de sua morte. Ainda que possa ocorrer uma certa ambivalência no desenrolar da ação, desta forma, é escolhido um método que o indivíduo considere ser fatal (CFM, 2014). Neste aspecto, o suicídio representa ser um dos componentes do comportamento considerado suicida em si, que engloba o fator da ideação, bem como o planejamento e a tentativa focada no autoextermínio.

Os dados acerca do suicídio entre os jovens tendem a ser alarmante, haja vista que entre os adolescentes ocupa a segunda colocação como a causa mais frequente das ocorridas entre as faixas etárias dos 15 aos 29 anos ao redor do mundo (OMS, 2019). Assim, esta taxa tem se elevado significativamente, pois na atualidade, a juventude é posta em evidência como sendo um grupo de maior risco para o suicídio em um terço dos países (OMS, 2019). Essa realidade reverbera com o contexto do Brasil, no que tange às autolesões, que no período entre os anos 2000 e 2015, 11.497 mortes ocorreram em função dessas lesões entre jovens situados entre a faixa etária dos 10 aos 19 anos (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019).

Finalmente, perante o abordado neste subtópicos, conclui-se que tanto as situações de autolesão não suicida e ideação suicida em si, podem servir de fios condutores para o cometimento do suicídio e esse aspecto ganha força com os dados apresentados nesta pesquisa em relação ao expressivo montante de jovens que atentam contra a própria vida.

Acolhimento institucional sob a perspectiva da TCC

O acolhimento institucional possui como escopo ofertar experiências que possam ser reparadoras para jovens que se encontram afastados do convívio do seu núcleo familiar. Sendo que esse processo tende a ser facilitado mediante o papel atribuído ao psicólogo. No entanto, ainda que a prioridade do acolhimento seja reintegrar esse jovem a sua família, porém, denota-se que esse evento tencione a ocorrer com pouca frequência no contexto nacional (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

O ambiente institucional não representa um melhor ambiente propício para o desenvolvimento desse jovem, haja vista que aspectos como atendimento de cunho padronizado associado a fatores como o elevado índice de criança por cuidador incluindo a inexistência de atividades planejadas e da característica de fragilidade atribuída às redes de apoio social e afetivo representam facetas que se relacionam aos prejuízos que essa vivencia institucional pode incorrer no sujeito (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Para tanto, devem ser adotadas estratégias de acolhimento que visem dirimir os aspectos negativos advindos dos aspectos supracitados, de modo que essas estratégias adotadas da Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com enfoque na narrativa do trauma. Neste sentido;

A Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC- FT) é um modelo de intervenção psicossocial, com bases na TCC de J. Beck, cujo foco é direcionado aos sintomas relacionados ao trauma, desenvolvido para crianças e adolescentes (CORRÊA; DIAS; ZIMMER, 2018, p.131).

O objetivo deste tratamento está centrado em reduzir tanto as respostas de caráter emocional, quanto as comportamentais negativas que tendem a estarem associadas

a acontecimentos traumáticos. Neste aspecto, segundo Auslander *et al.* (2017), esta metodologia é caracterizada pela flexibilidade, ainda que se estruture em consonância com um protocolo em nível básico, o que possibilita que a mesma possa ser aplicada individualmente ou em trabalhos desenvolvidos em grupos.

Assim, a exposição ao trauma mediante o uso da narrativa deverá ser sensível em relação ao nível de desenvolvimento do jovem, de modo que se busque uma equidade entre o apoio e o seu desafio (FOSTER, 2014). A flexibilidade atribuída ao referido método terapêutico é expressamente demanda no que tange a casos onde ocorreram situações de exposição de caráter crônico em meio a contextos estressores, que podem desencadear um quadro de sintomatologia mais complexa (PARSONS, 2017).

As estratégias adotadas foram embasadas um relato de experiência profissional em um artigo desenvolvido por Corrêa, Dias e Zimmer (2018), e que neste sentido, como fundamentação a (TCC-FT), com ênfase na narrativa do trauma. Sendo que a história do paciente, um menino de 11 anos residente no interior do Estado do Rio Grande do Sul, foi retratada mediante desenhos, de modo a possibilitar que fossem reestruturadas as crenças e memórias traumáticas que tencionam a dificultar tanto a sua reintegração familiar, quanto a conseqüente saída da casa de acolhimento. Os autores evidenciam que a abordagem da TCC-FT com a adoção de desenhos e imagens mentais apresenta ser promissora no que tange ao trabalho desenvolvido com jovens em processo de acolhimento, haja vista que possibilita a facilitação do acesso e da elaboração de eventos traumáticos, assim como do processo de reintegração familiar em si (CORRÊA; DIAS; ZIMMER, 2018).

No entanto, a literatura aponta que existem outras possibilidades no que tange à narrativa do trauma, ou a denominada intervenção narrativa cujo procedimento central referente a este modelo consiste em uma gradual exposição às memórias de cunho traumático. Mediante as recomendações para a implementação da TCC-FT, desenvolvidas pela *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN), a narrativa pode ser melhor concebida em sua facilitação através da utilização de escrita de livros, bem como de poemas e de histórias acerca de um evento traumático, com o escopo de se explorar as cognições que possam estar distorcidas e que associam ao acontecimento (D'ÁMICO *et al.*, 2022).

A Figura 1 elenca as componentes da TCC-FT que podem ser amplamente empregadas em casos diversos que envolvem jovens entre 3 e 17 anos que venham a apresentar sintomas que se relacionam a um trauma, e que de acordo com a temática em tela, pode ser recomendada como se pode observar em seus módulos a seguir.

Figura 1 - Componentes da TCC-FT.

Módulo 1	Psicoeducação	Psicoeducação sobre a TCC-FT
		Psicoeducação sobre os traumas vivenciados
	Habilidades dos pais	Elogios
		Atenção seletiva
		<i>Time-out</i>
		Programas de contingência de reforço
	Relaxamento	Respiração, <i>mindfulness</i> e meditação
		Relaxamento muscular progressivo
		Relaxamento com os pais
	Modulação e expressão afetiva	Identificação de emoções
		Expressão afetiva com os pais/cuidadores
		Interrupção de pensamentos
		Senso de segurança da criança
		Habilidades sociais e solução de problemas
		Manejo de estados emocionais difíceis
Processamento cognitivo e <i>coping</i>	Modulação afetiva para os pais	
	Modelo cognitivo para crianças	
	Distorções cognitivas	
	Modelo cognitivo para pais/cuidadores	
Módulo 2	Narrativa do trauma	Processamento cognitivo do trauma
		Exposição gradual
	Exposição <i>in vivo</i>	Compartilhando a narrativa do trauma com os pais/cuidadores
Exposição a situações que geram sintomas evitativos		
Módulo 3	Sessões conjuntas com a criança e os pais/cuidadores	Revisão de informações psicoeducativas, leitura da narrativa do trauma, engajamento em comunicação aberta, planos de segurança, sexualidade saudável (em casos de abuso sexual), relacionamentos saudáveis, redução de comportamentos de risco, compartilhamento de reações emocionais da experiência traumática e das reações dos pais, quando apropriado
	Construindo um futuro seguro	Habilidades de precaução e segurança

Fonte: Cohen; Mannarino; Deblinger (2016).

Diante do exposto pela Figura 1, infere-se que ainda que apesar da TCC-FT esta disposta em módulos separados, no entanto, no âmbito da prática clínica esses componentes são desenvolvidos mediante a interface estabelecida entre eles. Desta forma, o julgamento clínico se torna um elemento preponderante para que se possa estabelecer

fatores essenciais para a assertividade do tratamento, tais como o seu tempo de duração, a ordem temporal, bem com a ênfase atribuída em relação a cada componente pertinente ao processo terapêutico, que são construídos gradativamente e fundamentos com as habilidades e com os conceitos assimilados em fase anterior pelos pacientes (COHEN; MANNARINO; DEBLINGER, 2016).

Por fim, denota-se que o papel do psicólogo é relevante na medida em que pode adotar medidas psicoterapêuticas como a TCC e a TCC-FT para melhorar o processo de acolhimento visando reintegrá-lo de forma assertiva a um núcleo familiar.

MÉTODO ADOTADO

A pesquisa possui cunho descritivo com abordagem qualitativa, sendo puramente bibliográfica. Para Cervo e Bervian (2006), a pesquisa descritiva possibilita efetuar uma análise de caráter minucioso e descritivo de um determinado objeto de estudo.

No tocante à abordagem qualitativa, de acordo com Marconi e Lakatos (2010), é o tipo de pesquisa mais indicada para os estudos comportamentais humanos. Gil (2003) complementa que a pesquisa qualitativa não leva em conta modelos matemáticos e estatísticos, no entanto, é a mais adequada para estudos que remetam a comportamentos sociais.

A pesquisa bibliográfica, na percepção de Cervo e Bervian (2006), é a que possibilita compilar e analisar diversas obras de vários autores, propiciando ainda, abordar o que está sendo pesquisado e publicado acerca de um tema específico. Sendo assim, nos próximos parágrafos, explana-se como foi desenvolvida a presente pesquisa bibliográfica e todos os seus aspectos adotados.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida entre os dias 5 e 15 de março de 2022.

Os critérios para adoção dos estudos estão delineados entre os anos de 2017 a 2022, também são excluídos trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado. E em razão do elevado números de obras, adotou-se somente trabalhos em língua portuguesa.

Os descritores “Acolhimento Institucional” e “Terapia Cognitivo- Comportamental” apresentaram um montante de 643 resultados, enquanto que no Scielo não foram obtidos nenhum resultado, restando 11 ocorrências no PUBMED e 1.030 no Google Acadêmico.

Na intersecção entre os descritores, em uma pesquisa efetuada no Google Acadêmico, “Terapia Cognitivo-Comportamental” e “Ideação suicida em jovens institucionalizados” foram encontrados 86 resultados, porém, os estudos encontrados em grande parte são dissertações e trabalhos de conclusão de curso e que tendem a estudarem outros aspectos

Descritores adotados: Acolhimento,

A amostra obtida está elencada no Quadro 1 e que contém um total de 7 artigos com as informações relativas aos seus autores, o ano, o título, bem como os seus objetivos e os seus principais resultados como podem ser observados a seguir.

Quadro 1 – Amostra da pesquisa bibliográfica.

Autores/as e ano	Título	Objetivos	Principais resultados
Côrrea, Dias e Zimmer (2018)	Terapia Cognitivo- Comportamental Focada no Trauma no contexto de acolhimento institucional	Descrever o atendimento psicológico de um jovem em acolhimento, que buscou facilitar a sua transição para o convívio familiar.	Essa abordagem da TCC- FT com desenhos e imagens mentais demonstra ser promissora no trabalho com jovens em acolhimento, pois pode facilitar o acesso e elaboração de eventos traumáticos, bem como o processo de reintegração familiar.
Maffini, <i>et al.</i> (2021)	Terapia cognitivo- comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: revisão integrativa.	Objetivou revisar as evidências de resultados do protocolo da TCC-FT para crianças e adolescentes vítimas de traumas sexuais.	Os oito estudos encontrados sugerem que as técnicas empregadas pelo protocolo da TCC-FT, juntamente com a participação dos cuidadores primários durante o processo terapêutico, contribuíram para os resultados positivos do tratamento. Conclui-se que essa abordagem apresenta grande eficácia para a redução de sintomas do TEPT, assim como para a remissão do transtorno.
Fonseca, <i>et al.</i> (2018)	Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes	Avaliar a frequência e as características da autolesão entre adolescentes.	Os principais motivos apontados para a autolesão foi aliviar sensações de vazio ou indiferença e cessar sentimentos ou sensações ruins. Conclusão: Atenta-se para o número de adolescentes que praticam a autolesão, a predominância entre o público feminino e a função principal de regulação emocional para justificar o comportamento.
Gabriel, <i>et al.</i> (2020)	Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde	Conhecer as percepções dos profissionais da educação e da saúde acerca da autolesão não suicida em adolescentes.	Revelou-se que a adolescência ainda é vista como período de transição, e a autolesão emerge como passageira e pela busca por atenção. Reforça-se a banalização, principalmente, pela crença do efeito contágio, em que os adolescentes reproduzem o ato realizado por pares. As relações familiares e com a Internet são sinalizadas como propagadoras do fenômeno. Frente a esses significados, o cuidado é fragilizado, baseado em ações pontuais. Conclusão e implicações para a prática: os profissionais agem frente à autolesão na adolescência de acordo com os significados que são construídos por eles. É urgente a necessidade de educação permanente sobre tais questões, o delineamento de ações promotoras de saúde mental no contexto escolar e construção de protocolos para cuidado intersetorial.

Autores/as e ano	Título	Objetivos	Principais resultados
Osório, <i>et al.</i> (2017)	Psicoterapias: conceitos introdutórios para estudantes da área da saúde	Objetiva-se apresentar: a) os principais conceitos técnicos e teóricos associados às psicoterapias, com destaque àquelas baseadas nos conceitos teóricos psicanalíticos/ psicodinâmicos e cognitivo-comportamentais, e b) algumas especificidades da psicoterapia de grupo. Pretende-se que este material possa servir como referência a alunos iniciantes da área, bem como a outros de diferentes áreas correlatas do contexto da saúde.	Psicoterapia é um método de tratamento, embasado em conceitos teóricos e técnicos, que utiliza-se de princípios psicológicos como a comunicação verbal e a relação terapêutica; o objetivo principal de uma psicoterapia é influenciar o paciente, auxiliando-o a modificar problemas de ordem emocional, cognitiva e comportamental; a psicoterapia é uma das terapêuticas mais eficazes em Medicina: revisões e metanálises sobre o tema estimam o tamanho do efeito deste tratamento em 0,80; as principais diferenças entre as diferentes formas de psicoterapia relacionam-se aos pressupostos teórico-filosóficos, objetivos e recursos utilizados (interpretação, exposição, psicoeducação), frequência das sessões e tempo de duração do tratamento, setting (grupal, familiar, individual), treinamento exigido aos terapeutas, pré-requisitos dos pacientes, alcances e resultados a serem atingidos; a psicoterapia de grupo oferece um contexto privilegiado para o aprendizado do relacionamento humano e fatores terapêuticos específicos e únicos.
Silva, <i>et al.</i> (2018)	A Atuação da Psicologia na Proteção Social Básica	Compreender as possíveis contribuições da atuação da Psicologia na Proteção Social Básica, justificando-se pela possibilidade de investigar o trabalho do profissional de Psicologia na Assistência Social de modo a conhecer suas necessidades e ofertar a socialização e a convivência dos sujeitos vulneráveis, visando o bom desenvolvimento da função do psicólogo e os benefícios para a população.	Espera-se através desta pesquisa ofertar perspectivas para que o trabalho do Psicólogo nos Centros de Referências de Assistência Social contemplem as necessidades dos usuários, fortalecendo os vínculos familiares e resgatando valores e dignidades da pessoa humana. Além disso, acredita-se que este trabalho pode subsidiar novos estudos, acadêmicos de cursos referentes a área e demais seres sociais que tenham interesse pela temática em questão.
Rosa, <i>et al.</i> (2021)	Comportamento suicida e a pesquisa online na psicologia cognitiva	Apresenta uma reflexão crítica, a partir de um ensaio teórico, cujo objetivo versou sobre a investigação dos fundamentos metodológicos e éticos da Pesquisa online na Psicologia Cognitiva sobre Comportamento suicida, levando-se em consideração protocolos de pesquisa seguros para os participantes, rigor e validade dos dados coletados através do embasamento da pesquisa nas diversas abordagens metodológicas vigentes na pesquisa em Cognição	Conclui-se que no desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao Comportamento Suicida diversos obstáculos podem ser encontrados, em especial, quando a coleta de dados utiliza instrumentos no formato online. Apesar das divergências sobre a inclusão ou não deste público neste tipo de pesquisa, vários estudos apontam que um rigor metodológico e os fundamentos éticos, podem oferecer protocolos mais seguros, além de beneficiar os participantes

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Após a exposição dos artigos escolhidos para compor a amostra que é o produto resultante da presente pesquisa bibliográfica, passa-se a analisar esses posicionamentos em relação aos autores que auxiliaram na construção do desenvolvimento teórico, de modo a estabelecer uma dialética acerca do objetivo geral deste estudo que está delineado em

desenvolver um estudo acerca das estratégias da TCC de modo que possam contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida.

Sendo assim, Côrrea, Dias e Zimmer (2018) afirmam que o acolhimento institucional possui como escopo ofertar experiências que possam ser reparadoras para jovens que se encontram afastados do seu convívio familiar e para tanto, adentra o papel do psicólogo em atuar de forma a facilitar esse processo. O cerne da questão levantada pelos autores remete ao aspecto de que, ainda que a reintegração familiar seja uma prioridade do acolhimento, no entanto, o que se pode observar no contexto brasileiro é de que a consecução deste objetivo é evento que se apresenta com rara ocorrência. Essa realidade é consubstanciada inclusive pelo documento federal denominado de Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para crianças e Adolescentes, datado do ano de 2009, e que possui como objetivo organizar e ofertar Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, na esfera da política de Assistência Social. Já Guedes e Scarcelli (2014) refletem acerca do papel atribuído ao psicólogo, de modo que se possa construir assertivamente referenciais que possibilitem delinear princípios éticos para o seu desempenho.

É relevante comentar que os estudos de Côrrea, Dias e Zimmer (2018) se alinham ao objetivo deste artigo na medida em que se fundamentou em um relato acerca do atendimento psicológico de um jovem em acolhimento, com o intuito de facilitar a sua transição para o convívio familiar. Aqui se adentra no tema da TCC ao se começar abordar que o atendimento teve como base a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com ênfase na narrativa do trauma.

Maffini, *et al.* (2021) aborda como a TCC pode tratar de vivências e situações traumáticas experienciadas por jovens e que Klonsky *et al.* (2015) expõe que o acolhimento institucional para ser efetivo deve atuar de modo que possa dirimir os efeitos negativos advindos dessas experiências negativas, seja de abusos incorridos em seus lares, ou em indivíduos que sofreram com as mazelas perpetradas pelo abandono, e a conseqüente exposição desses menores ao morarem nas ruas, que em grande parte estão dominadas pela violência e pelo consumo de drogas entre outros riscos. Assim, de acordo com Auslander *et al.* (2017), esta abordagem terapêutica é caracterizada pela flexibilidade, ainda que possuam a sua estrutura em consonância com um protocolo em nível básico, o que propicia que a mesma possa ser aplicada tanto no âmbito individual ou em trabalhos desenvolvidos em grupos.

Ao complementar a linha de raciocínio exposta, no tocante aos traumas pelos quais esses jovens tendem a serem expostos, que Fonseca *et al.* (2018) abordam um outro aspecto do tema do presente estudo que infere à autolesão sem intenção suicida entre adolescentes e de acordo com os seus resultados obtidos apontados para a autolesão está centrada no ato de aliviar sensações de vazio ou indiferença, bem como cessar sentimentos ou sensações ruins. Esses aspectos levantados convergem com o exposto pelos trabalhos desenvolvidos por teóricos como Klonsky *et al.* (2015) e Brunner *et al.* (2007), ao construírem um entendimento de que à ideação suicida em jovens institucionalizados apontam que pode ser recorrente, e que assim, o suicídio é percebido como um grave problema no âmbito da saúde pública nos jovens.

Os estudos de Gabriel *et al.* (2020) aprofundam a temática supra exposta, ao afirmarem que no tocante à ideação suicida e à autolesão incorrida entre os jovens é preciso a construção de um delineamento que fomente as ações promotoras de saúde mental no contexto escolar e na construção de protocolos para cuidado intersetorial. Para tanto, diante o exposto ao longo desta discussão, é preciso elaborar estratégias da TCC de modo que possam contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida. Neste sentido, Côrrea, Dias e Zimmer (2018) evidenciam em seu relato profissional que a abordagem da TCC, e de forma mais precisa, da TCC-FT, com a utilização de desenhos e de imagens mentais tende a ser promissora no que se refere ao trabalho desenvolvido com jovens em processo de acolhimento, pois possibilita facilitar o acesso e a elaboração de eventos traumáticos, assim como do processo de reintegração familiar em si (CORRÊA; DIAS; ZIMMER, 2018). No entanto, D'Amico *et al.* (2022) se alinham ao exposto, mas ressaltam que a narrativa pode ser melhor concebida no que tange à sua facilitação mediante a utilização de escrita de livros, assim como de poemas e de histórias a respeito de um evento traumático, com o objetivo de se possa explorar as cognições que possam estar distorcidas e que tendem a se associarem ao acontecimento em específico. Haja vista que a exposição ao trauma ao se usar o uso da narrativa deve sensível e se relacionar ao nível de desenvolvimento do jovem, de forma que se busque uma equidade entre o apoio e o seu desafio (FOSTER, 2014).

Osório *et al.* (2017) abordam o aspecto da Psicoterapia em si, como um método de tratamento, cuja base de dá em conceitos teóricos e técnicos, ao utilizar princípios psicológicos como a comunicação verbal e a relação terapêutica, e que assim sendo, é o epicentro conceitual do presente trabalho. De modo que se pode conceber que essa relação terapêutica sob a égide da TCC se torna uma estratégia que irá propiciar um acolhimento institucional mais efetiva, mantendo o foco em restituir um lar para esses jovens em situação de vulnerabilidade. Assim, de acordo com a Figura 1 presente no desenvolvimento teórico, observa-se as componentes da TCC-FT que podem ser amplamente empregadas em casos diversos que e que envolvem jovens na faixa etária dos 3 e 17 anos e que venham a apresentar sintomas relacionados a um trauma, e que de acordo com a temática em tela, pode ser recomendada como se pode visualizar em seus módulos.

Silva *et al.* (2018) elaboraram um estudo voltado para a atuação da Psicologia na proteção social básica e, de uma forma mais específica, atribui ao profissional psicólogo o papel de orquestrador das estratégias sob a perspectiva terapêutica do acolhimento institucional de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida. É preciso ressaltar que de acordo com a literatura apresentada a TCC é afetiva no que tange ao delineamento de estratégias de acolhimento, bem como de possíveis casos de recaídas do paciente (KLONSKY *et al.*, 2015; COHEN; MANNARINO; DEBLINGER, 2016).

Rosa *et al.* (2021) efetua uma reflexão crítica acerca da Psicologia Cognitiva sobre o comportamento suicida. O estudo destaca a relevância de se buscar ao longo da história de vida dos indivíduos, os fatores que se relacionam aos pensamentos, bem como as atitudes presentes, de modo que possa catalisá-los e os transformar em pensamentos positivos ou que apresentem características mais saudáveis, propiciando assim reestruturações cognitivas que possam ser mais benéficas. Denota-se que de acordo com o pensamento dos autores, pode-se alinhar esse conhecimento com o que foi exposto anteriormente por outros teóricos como Klonsky *et al.* (2015), Foster (2014) entre outros.

Por fim, conclui-se que ao encerrar a presente discussão se pode aferir alguns pontos relevantes que foram abordados pelos autores que contribuíram para a pesquisa. De modo que ficou claro o aspecto de que o acolhimento institucional possui como objetivo principal ofertar experiências que possam ser reparadoras e efetivas para jovens que estão afastados do seu convívio familiar. E, neste sentido, adentra o papel do psicólogo ao desempenhar o seu papel voltado a facilitar esse processo. Outro ponto relevante é que se evidenciou que a TCC, e de forma mais específica, a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com ênfase na narrativa do trauma tendem a possibilitarem estratégias que melhorem tanto o acolhimento institucional, quanto o retorno desse jovem para o convívio do seu núcleo familiar.

Todavia, é pertinente comentar que são indivíduos que se encontram em situação em situações de autolesão não suicida e ideação suicida e que devem ser submetidos a um acompanhamento terapêutico em consonância com o preconizado pelas técnicas da TCC e da TCC-FT. A partir do exposto ao longo deste trabalho se pode validar a hipótese propositada de forma que a TCC pode contribuir de maneira assertiva no acolhimento institucional em situações de autolesão não suicida e ideação suicida em jovens institucionalizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a elaboração deste capítulo é preciso que se ressalte o objetivo geral deste estudo que está delineado em desenvolver um estudo acerca das estratégias da TCC de modo que possam contribuir para um melhor acolhimento institucionalizado de jovens em situações de autolesão não suicida e ideação suicida.

Sendo assim, observou-se que o acolhimento institucional possui como escopo ofertar experiências que possam ser reparadoras para jovens que se encontram afastados do seu convívio familiar e para tanto, adentra o papel do psicólogo em atuar de forma a facilitar esse processo. Assim, para ser efetivo deverá atuar de forma que possibilite dirimir os efeitos negativos advindos dessas experiências negativas, seja de abuso os efeitos negativos advindos dessas experiências negativas, seja de abusos incorridos em seus lares, ou em indivíduos que sofreram com as mazelas perpetradas pelo abandono, e a consequente exposição desses menores ao morarem nas ruas, que em grande parte estão dominadas pela violência e pelo consumo de drogas entre outros riscos incorridos em seus lares, ou em indivíduos que sofreram com as mazelas perpetradas pelo abandono, e a consequente exposição desses menores ao morarem nas ruas, que em grande parte estão dominadas pela violência e pelo consumo de drogas entre outros riscos

A autolesão está centrada no ato de aliviar sensações de vazio ou indiferença, bem como cessar sentimentos ou sensações ruins.

No tocante à ideação suicida e à autolesão incorrida entre os jovens é preciso a construção de um delineamento que fomente as ações promotoras de saúde mental no contexto escolar e na construção de protocolos para cuidado intersetorial.

Por fim, denota-se que o papel do psicólogo é relevante na medida em que pode adotar medidas psicoterapêuticas como a TCC e a TCC-FT para aprimorar o processo

de acolhimento com o intuito de reintegrar esse indivíduo de forma assertiva a um núcleo familiar. Ao responder ao problema de pesquisa, quanto às estratégias da TCC para o acolhimento institucional, a TCC-FT adota ferramentas como a utilização de desenhos e de imagens mentais e que são promissoras no que tange ao trabalho desenvolvido com jovens em processo de acolhimento, haja vista que possibilita facilitar o acesso e a elaboração de eventos traumáticos, assim como do processo de reintegração familiar em si.

REFERÊNCIAS

APA. American Psychological Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSIS, S.G. de; FARIAS, L. O. P. Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento / organizado por Simone Gonçalves de Assis, Luís Otávio Pires Farias. São Paulo: Hucitec, 2013.

AUSLANDER, W. *et al.* Adaptation and implementation of a trauma-focused cognitive behavioral intervention for girls in child welfare. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 87, n. 3, p. 206, 2017.

BRASIL. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF, Brasília: CRP, 2020.

_____. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. 2009.

_____, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991.

BRUNNER, R. *et al.* Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, v. 161, n. 7, p. 641-649, 2007.

CERVO, A.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson, 2006.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J. bras. psiquiatr.*, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP. 2014.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; DEBLINGER, E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. Guilford Publications, 2016.

CORRÊA, M. A.; DIAS, A. C. G.; ZIMMER, Marilene. Terapia cognitivo- comportamental focada no trauma no contexto de acolhimento institucional. *Revista brasileira de terapias cognitivas*. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 2 (jul./dez. 2018), p. 130-140., 2018.

D'AMICO, P. J. *et al.* Tailoring trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF- CBT) for youth with intellectual and developmental disabilities: A survey of nationally certified TF-CBT therapists.

Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, v. 7, n. 1, p. 112-124, 2022.

FERREIRA, S. da S. NOB-RH: Anotada e Comentada. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

FONSECA, P. H. N. da *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. Arquivos brasileiros de psicologia, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018.

FOSTER, J. M. Supporting child victims of sexual abuse: Implementation of a trauma narrative family intervention. The Family Journal, v. 22, n. 3, p. 332-338, 2014.

GABRIEL, I. M., *et al.* "Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde." Escola Anna Nery 24, 2020.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2003.

GUEDES, C. F.; SCARCELLI, I. R. Acolhimento institucional na assistência à infância: o cotidiano em questão. Psicologia & Sociedade, v. 26, n. SPE, p. 58- 67, 2014.

GUERREIRO D. F.; SAMPAIO D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.31, n.2, p.204-213, 2013.

MAFFINI, G. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: revisão integrativa. Psicologia e Saúde em debate, v. 7, n. 1, p. 327-342, 2021.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. Manual de psicopatologia do adolescente (AE Filman, Trad.). 1989.

MARCÍLIO, M. L. História Social da criança abandonada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

NOCK, M. K. "Self-injury." Annual review of clinical psychology vol. 6): 339- 63. 2010.

OMS. Suicide in the World: global health estimates. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide--in-the-world>. Acesso em 15 mar 2022.

OSÓRIO, F. L. *et al.* Psicoterapias: conceitos introdutórios para estudantes da área da saúde. Medicina (Ribeirão Preto, Online.), v. 50, n. Supl 1, p. 3-21, 2017.

PARSONS, R. M. Identifying therapeutic change processes in the treatment of complex trauma: the case of play therapist's perspectives. A qualitative study. Tese de Doutorado. Memorial University of Newfoundland, 2017.

KLONSKY, E. D., *et al.* The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9, 44., 2015.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROSA, W. *et al.* COMPORTAMENTO SUICIDA E A PESQUISA ONLINE NA

PSICOLOGIA COGNITIVA. Educamazônia-Educação, Sociedade e Meio Ambiente, v. 13, n. 2, jul-dez, p. 409-450, 2021.

SILVA, B. E. D. *et al.* A Atuação da Psicologia na Proteção Social Básica. ID on line Revista de Psicologia, v. 12, n. 40, p. 199-213, 2018.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. The impact of institutionalization on childhood and adolescence: a literature review. Psicologia & Sociedade, v. 18, p. 71-80, 2006.

STEIN, Dan J.; SIMEON, Daphne. Compulsive Self-Injurious Behaviors. Self-injurious behaviors: Assessment and treatment, American Psychiatric Publishing Inc, p. 71, 2001.

Estudo epidemiológico dos óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos ocorridos no estado do Paraná entre 2016 e 2020

Epidemiological study of deaths from preventable causes in children under five years of age occurring in the state of Paraná between 2016 and 2020

Bruna Lenhardt Soares

Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz

Patrícia Barth Radaelli

Doutora. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos ocorridos no estado do Paraná entre 2016 e 2020. Tratou-se de um estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva, realizado mediante análise dos dados depositados no SINAN entre 2016 e 2020. Foram coletadas as variáveis: faixa etária, sexo, local da ocorrência e motivo segundo CID-10. Durante o período estudado foram registrados 9.291 óbitos de crianças menores de 5 anos no estado do Paraná, por causa evitável. Comparando 2020 com 2016 houve uma diminuição de 18,1% nestes registros. Destes, 79,4% eram do sexo masculino e a maioria dos óbitos (45%) ocorreu entre 0 e 6 dias de vida. Com relação à etnia, o maior número de casos foi entre a população branca (84,8%). Com relação ao que desencadeou o óbito, a maioria (37,3%) foi registrada como demais causas, ou seja, não há uma definição. Na sequência a falta de atenção adequada a mulher na gestação foi a mais frequente (31,3%). Ainda, 91% ocorreu em ambiente hospitalar, seguido de domicílio (4,5%). Com relação ao motivo registrado pelo CID-10, a maioria dos casos ocorreram por afecções no período perinatal o que acende um alerta para que mais esforços e investimentos sejam direcionados para esta área de modo a evitar este tipo de condição.

Palavras-chave: saúde pública. pediatria. mortalidade infantil.



ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the epidemiological profile of deaths from preventable causes in children under 5 years old that occurred in the state of Paraná between 2016 and 2020. It was a cross-sectional observational study, with a quantitative approach and descriptive nature, carried out through analysis of data deposited in SINAN between 2016 and 2020. The following variables were collected: age group, sex, place of occurrence and reason according to ICD-10. During the period studied, 9,291 deaths of children under 5 years of age were recorded in the state of Paraná, due to preventable causes. Comparing 2020 with 2016 there was a decrease of 18.1% in these records. Of these, 79.4% were male and the majority of deaths (45%) occurred between 0 and 6 days of life. Regarding ethnicity, the highest number of cases was among the white population (84.8%). Regarding what triggered the death, the majority (37.3%) were recorded as other causes, that is, there is no definition. Next, the lack of adequate care for women during pregnancy was the most common (31.3%). Furthermore, 91% occurred in a hospital environment, followed by homes (4.5%). Regarding the reason recorded by ICD-10, the majority of cases occurred due to conditions in the perinatal period, which raises an alert for more efforts and investments to be directed to this area in order to avoid this type of condition.

Keywords: public health. pediatrics. child mortality.

INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas, a comunidade global concordou com numerosos objetivos de desenvolvimento, conhecidos como objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), para combater doenças, pobreza, fome e degradação ambiental, entre outros problemas. Estas ações incluíam uma meta de mortalidade infantil, que exigia uma redução de dois terços na taxa de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2015. Embora mais de 60 países tenham conseguido alcançar, a nível mundial a meta não foi atingida (BRASIL, 2018).

Com o entendimento de que a manutenção do progresso exigiria uma mobilização intensificada de recursos e monitorização, os objetivos de sobrevivência infantil e os apelos à coleta de dados apropriados para avaliar o progresso foram incluídos em várias iniciativas globais foram incluídos os monitoramentos da saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes. Sendo mais ambiciosa para 2023, a meta da ODM é que de sejam zerados os óbitos evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos (SHARROW *et al.*, 2022).

A carga global da mortalidade infantil é desproporcionalmente alta entre os países com recursos limitados ou os chamados “países de baixa e média renda”. Por exemplo, em 2018, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos na região da África Subsaariana foi aproximadamente o dobro (78 por 1.000 nascidos vivos) da taxa global de 39 mortes (RAMAKRISHNAN *et al.*, 2021). Os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) das Nações Unidas números 3 e 10 defendem a promoção de uma vida saudável, bem-estar e a redução das disparidades nos indicadores globais de saúde entre (e dentro) dos países, respectivamente. Embora as disparidades pintem um quadro sombrio, as estimativas dos estudos mostram um declínio significativo em todas as regiões (AMEGBOR *et al.*, 2023).

Neste contexto o objetivo do presente estudo foi o de avaliar o número de óbitos de menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020, assim como avaliar os motivos atribuídos aos mesmos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Inegavelmente, os investimentos intensivos e as ações direcionadas da comunidade global de saúde para combater as principais causas da mortalidade infantil com intervenções de alto impacto, tais como imunizações, acesso à nutrição e micronutrientes, assistentes qualificados em torno do parto e cuidados pós-natais, e acesso alargado a cuidados seguros a água, o saneamento e a higiene compensaram com reduções substanciais na mortalidade de menores de 5 anos desde 1990. No entanto, persiste um grande número de mortes e as crianças enfrentam disparidades geográficas e de rendimento generalizadas nas suas probabilidades de sobrevivência (SANCHEZ *et al.*, 2023).

A taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos (TMM5) global diminuiu 59% desde 1990, e todas as regiões registraram um declínio. Estas descidas foram ajudadas por uma aceleração no ritmo de declínio a nível mundial e na maioria das regiões na década de 2000, em comparação com a década de 1990, mas o ritmo do declínio poderá ser amenizado ligeiramente na década mais recente. Este padrão global foi encontrado em regiões de mortalidade relativamente elevada, como a África Subsaariana, onde, num subconjunto de países, a taxa de mortalidade infantil mais elevada para 2000-2009 reflete parcialmente o rápido declínio da mortalidade infantil relacionada com o HIV (NICOL *et al.*, 2022).

Apesar deste progresso, cerca de 5,2 milhões de crianças morreram antes de completarem 5 anos de idade só em 2019 – a maioria por causas evitáveis ou tratáveis – e mais de 257 milhões de mortes de menores de 5 anos ocorreram nas últimas três décadas. Com base nas tendências atuais, prevê-se que ocorram 48,1 milhões de mortes de menores de 5 anos entre 2020 e 2030. Esse número seria reduzido em quase 11 milhões de mortes se todos os países cumprissem os ODS sobre TMM5. No entanto, prevê-se que um número substancial de mortes de crianças com menos de 5 anos – 5,6 milhões – ocorra nesse período entre os países que já alcançaram a meta dos ODS, se as tendências atuais se mantiverem. Se o declínio da mortalidade de menores de 5 anos estagnasse e os níveis de mortalidade permanecessem como eram em 2019 (OGERO *et al.*, 2023).

A redução adicional da mortalidade global de menores de 5 anos exigirá a superação das possibilidades muito diferentes de sobrevivência que as crianças enfrentam entre países, regiões e grupos de rendimento. Perto de 75% dos países em risco de falhar a meta dos ODS sobre a TMM5 situam-se na África Subsaariana e mais de 80% das mortes de menores de 5 anos em 2019 ocorreram em apenas duas regiões: África Subsaariana e Sul da Ásia (KUTI *et al.*, 2023).

Prevê-se que a região registre 462 milhões de nascimentos entre 2020 e 2030, e espera-se que a população com menos de 5 anos aumente para cerca de 199 milhões até 2030, contra 168 milhões em 2019. Sem uma aceleração do ritmo de declínio da mortalidade, o aumento dos nascimentos poderá levar à estagnação ou ao aumento do número de mortes (SACCONE *et al.*, 2022). Além disso, as crianças dos países de rendimento baixo

e médio-baixo continuam a enfrentar taxas de mortalidade muito mais elevadas do que as crianças dos países de rendimento elevado – se todos os países atingissem a média de TMM5 de 2019 dos países de rendimento elevado até 2030, 27 milhões de mortes de menores de 5 anos poderiam ser evitadas entre 2020 e 2030, em comparação com o cenário de tendências atuais (THABREW *et al.*, 2023).

O declínio da mortalidade entre as crianças de 1 a 59 meses ultrapassou o declínio da mortalidade entre os recém-nascidos, uma vez que as principais causas de morte diferem entre os dois grupos etários e respondem de forma diferente às diversas intervenções de saúde. A redução mais lenta da mortalidade neonatal em comparação com a mortalidade geral de menores de 5 anos e o fato de que mais países correm o risco de falhar a meta demonstram a necessidade de uma atenção intensificada no período neonatal (COFFEY *et al.*, 2017). Novas reduções na mortalidade neonatal exigirão um maior investimento na construção de sistemas e serviços de saúde mais fortes; melhorar a cobertura, a qualidade e a equidade dos cuidados no período pré-natal e no nascimento; e expandir a cobertura de cuidados de alta qualidade na primeira semana de vida e para recém-nascidos pequenos e doentes, o que não só salva vidas de recém-nascidos, mas também previne incapacidades (CELIK *et al.*, 2022).

Tanto quanto sabemos, as estimativas da ONU são as informações mais abrangentes, transparentes e atualizadas sobre a sobrevivência infantil, fornecendo a base para avaliar o progresso em direção aos objetivos de sobrevivência e para políticas baseadas em evidências. No entanto, apesar da expansão na disponibilidade de dados e dos avanços nos métodos analíticos, a falta de dados oportunos e de alta qualidade sobre a mortalidade infantil em muitos países é uma das limitações dos estudos (SANCHEZ *et al.*, 2023).

Apenas cerca de um terço dos países possuem sistemas de registro vital que funcionam bem e que podem ser considerados como a única fonte de informação sobre a sobrevivência infantil, e estes países tendem a ser de rendimento elevado. Os dados dos inquéritos aos agregados familiares e dos censos periódicos continuam a ser as principais fontes de dados sobre a mortalidade infantil na maioria dos países de rendimento baixo e médio. Além de vários erros e preconceitos de amostragem e não amostragem, estes dados não são oportunos – para cerca de um terço de todos os países, o último dado disponível sobre mortalidade infantil foi de 2014 ou anterior (THABREW *et al.*, 2023).

No Brasil, desde a criação do SUS, vários esforços têm sido empregados no sentido de diminuir a TMM5. Com recursos limitados e baixa força política, estas ações vem demonstrando resultados lentos. Neste momento está em vigor a política nacional de atenção integral da saúde da criança, cujo objetivo é promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno principalmente na primeira infância (BRASIL, 2018). Um esquema desta política é demonstrado na figura 1.

Figura 1 – Esquema geral da política nacional de atenção integral da saúde da criança.



Fonte: Brasil (2018).

A atualidade destes dados é uma limitação deste estudo, uma vez que as estimativas em períodos recentes sem dados dependem de extrapolações baseadas numa combinação de tendências nacionais e globais, e as mudanças recentes na mortalidade ou no ritmo de declínio podem não ser captadas pelos dados mais velhos e, portanto, não refletidos nessas estimativas. A falta de dados recentes em países com conflitos ou emergências em curso é especialmente problemática, pois podemos estar a subestimar a mortalidade sem dados suficientes para informar sobre a crise (OGERO *et al.*, 2023).

Da mesma forma, embora sejam feitos ajustes para crises quando aplicável, a falta de dados sobre a situação da mortalidade de crianças em conflitos ou emergências em curso dificulta a realização de ajustamentos informativos a longo prazo. Além disso, estas estimativas são tão precisas quanto a qualidade dos dados subjacentes (KUTI *et al.*, 2023).

A prevalência de baixo peso ao nascer (BPN) diminuiu na maioria dos países, mas na África Subsaariana continuou a aumentar, principalmente devido à elevada prevalência da infecção materna. Embora as taxas tenham diminuído ao longo do tempo no Sul da Ásia, quase metade do total mundial de nascidos vivos com BPN ocorre nesta região, sendo a principal causa a subnutrição materna. Outro importante fator de risco para BPN é a prematuridade. O BPN é responsável por cerca de 60% da mortalidade neonatal. Tanto o BPN como transtornos nutricionais, se não forem fatais, estão associados a um risco aumentado de mortalidade e morbidade na infância e doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade na idade adulta (SANCHEZ *et al.*, 2023).

METODOLOGIA

Estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva (MAZUCATO, 2018), realizado mediante análise dos dados de notificação depositados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

A amostra constituiu-se por casos de óbitos por causas evitáveis de indivíduos menores de 5 anos ocorridos entre 2016 e 2020 no estado do Paraná. Foram coletadas as variáveis: faixa etária, sexo, local da ocorrência e motivo segundo CID-10.

A variação no período foi calculada da seguinte maneira: $= [(\text{valor } 2020) / (\text{valor } 2016) \times 100] - 100$; dado precedido de sinal (+) se $2020 > 2016$ ou dado precedido do sinal (-) se $2020 < 2016$. Os dados foram organizados e analisados através do programa Microsoft Excel 2022®, posteriormente percorridos por intermédio de estatística descritiva e expressos sob a forma de frequência absoluta e relativa dispostas em tabelas de acordo com as variáveis observadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado foram registrados 9.291 óbitos de crianças menores de 5 anos no estado do Paraná, por causa evitável. Comparando 2020 com 2016 houve uma diminuição de 18,1% nestes registros. Com relação aos dados demográficos, as informações contidas na tabela 1 revelam que, 79,4% (5166) dos casos eram do sexo masculino, a maioria dos óbitos (45%; 4193) ocorreu entre 0 e 6 dias de vida, seguido de 28 dias a um ano (24,4%; 2267). Com relação à etnia, o maior número de casos foi entre a população branca (84,8%; 7888), mas vale ressaltar que, entre os negros e pardos houve um aumento no período, 260% e 12%, respectivamente.

A mortalidade neonatal constitui um terço das mortes em menores de 5 anos e, assim como a morbidade materna, está relacionada à falta de qualidade ou falta de atenção especializada no parto e tratamento pós-parto (RAMAKRISHNAN *et al.*, 2021). As principais causas de mortalidade neonatal/infantil são prematuridade; baixo peso ao nascer; anomalias congênitas; complicações na gravidez, como infecções, diabetes ou distúrbios hipertensivos durante a gravidez; complicações relacionadas ao parto; mortes infantis súbitas e inesperadas (SHARROW *et al.*, 2022).

Tabela 1 – Características demográficas dos óbitos por causa evitável em crianças menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Varição	Total
	1.957	1.896	1.945	1.891	1.602	1.858	-18,1%	9.291
Masculino	1.087	1.082	1.075	1.040	882	1.033	-18,8%	5.166
Feminino	866	811	865	845	717	821	-17,2%	4.104
0-6 d	836	886	888	852	731	839	-12,5%	4.193
7-27 d	316	313	308	286	280	301	-11,3%	1.503
28- <1 a	494	472	448	473	380	453	-23,0%	2.267
1-4 a	310	225	301	280	210	265	-32,2%	1.326
Branca	1.667	1.647	1.678	1.587	1.309	1.578	-21,4%	7.888

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Varição	Total
Preta	12	26	24	28	32	24	+260 %	122
Amarela	7	2	3	1	6	4	-14,2%	19
Parda	180	170	193	216	203	192	+12 %	962
Indígena	24	13	12	15	8	14	-66,6%	72
Ignorado	67	38	35	44	44	46	-34,3%	228

Fonte: os autores. Dados do SIM. D – Dias; a – anos; Varição – percentual de 2020 com relação a 2016. + acréscimo; - redução.

Globalmente, as taxas de prematuridade variam de 5% a 18% com uma carga maior entre os países de renda baixa e média (TAVARES *et al.*, 2016). A prematuridade é responsável por cerca de 75% da mortalidade perinatal e mais de 50% da morbidade em longo prazo, como comprometimento do desenvolvimento neurológico, complicações respiratórias e gastrointestinais (LEMONS *et al.*, 2018). Fatores de risco importantes para prematuridade incluem pré-eclâmpsia, anomalias congênitas, gestação múltipla, infecção, tabagismo materno, ser afro-americano e eventos estressantes da vida. Existe um risco de 15% a 50% de prematuridade em gestações subsequentes devido a infecções intrauterinas recorrentes e condições crônicas de saúde preexistentes (AMEGBOR *et al.*, 2023).

Com relação ao local de ocorrência, a maioria (91%) se deu em ambiente hospitalar, seguido de domicílio (4,5%), outro estabelecimento de saúde (2,5%) e via pública (1,0%). O que remete ao fato de que recursos humanos ou tecnológicos não foram suficientes para atender a demanda. De modo positivo houve uma diminuição global nestas causas em todos os ambientes. Cabe destaque que os mais expressivos foram em via pública (-59,2%), domicílio (-45%) e outros (-30,4%), locais claramente insuficientes para prestar os primeiros e adequados socorros. Estes dados são demonstrados na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por causa evitável em crianças menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020 segundo o local de ocorrência.

Local	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%	Varição
Hospital	1.736	1.728	1.763	1.718	1.463	8.408	91	-15,7%
OES	51	45	42	52	45	235	2,5	-11,7%
Domicílio	120	72	83	82	66	423	4,5	-45,0%
Via pública	27	31	26	12	11	107	1	-59,2%
Outros	23	20	30	27	16	116	1,1	-30,4%

Fonte: os autores. Dados do SIM. OES – outro estabelecimento de saúde; Varição – percentual de 2020 com relação a 2016. + acréscimo; - redução.

Na tabela 3 é possível observar os valores relacionados às causas dos óbitos. Nela consta que a maioria (37,3%) foram registradas como demais causas, ou seja, não há uma definição. Na sequência a falta de atenção adequada a mulher na gestação foi a mais frequente (31,3%), seguida por falta de atenção ao neonato (8,9%). Com relação a variação no período, os dados mostram que diagnóstico e tratamento adequados foram os responsáveis pela maior diminuição nos casos de óbito, reduzindo esta taxa em 46,1%, seguido de ações de promoção a saúde com 25,5%.

Tabela 3 – Tipificação dos óbitos por causa evitável em crianças menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020.

Causas reduzíveis	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%	Varição
Por imunização	1	2	4	3	1	11	0,1	0%
Atenção à mulher na gestação	580	659	603	563	501	2906	31,3	-13,6%
Atenção à mulher no parto	146	138	136	122	124	666	7,2	-15,1%
Atenção ao recém-nascido	178	170	173	170	134	825	8,9	-24,7%
Diagnóstico adequado	130	99	133	105	70	537	5,8	-46,1%
Ações promoção à saúde	184	150	162	161	137	794	8,5	-25,5%
Causas mal definidas	21	16	13	15	21	86	0,9	0%
Demais causas	717	662	721	752	614	3466	37,3	-14,3%

Fonte: os autores. Dados do SIM. % - percentual com relação ao total de casos. Varição – percentual de 2020 com relação a 2016. + acréscimo; - redução.

O gradiente socioeconômico em saúde e bem-estar é onipresente na saúde pública. As evidências em estudos existentes mostram que pessoas de baixo nível socioeconômico têm maior morbidade e mortalidade em comparação com aquelas de posição socioeconômica mais alta. Da mesma forma, pessoas de origem socioeconômica pobre têm maior carga de exposições a riscos ambientais (RAMAKRISHNAN *et al.*, 2021).

Em países com recursos limitados, incluindo aqueles na América Latina, a maioria dos óbitos em menores de 5 anos é evitável e causada por fatores relacionados à penúria. Aproximadamente 5,3% das mortes são devidas a acesso inadequado a água potável, saneamento e higiene precários. Um quarto dos óbitos deve-se a exposições a riscos ambientais e, em 2016, a poluição do ar foi responsável por 543.000 mortes entre crianças menores de 5 anos (AMEGBOR *et al.*, 2023).

Cada vez mais, as pesquisas mostram que os investimentos destinados a melhorar o status socioeconômico e reduzir a exposição a riscos ambientais reduzem a mortalidade infantil. A educação parental superior muitas vezes se traduz em saúde de qualidade e comportamento de busca de cuidados de saúde, alfabetização em saúde e práticas de alimentação saudável que melhoram a saúde e o bem-estar das crianças (LIU *et al.*, 2015).

Conforme a classificação segundo o CID10, os casos foram registrados da seguinte maneira: doença infecciosa ou parasitária (300); neoplasia (204); doença hematológica (67); endócrina ou metabólica (124); doença do sistema nervoso (302); afecções do ouvido (2); doença do aparelho cardiovascular (123); respiratório (363); digestivo (86); pele e anexo (5); osteomuscular (6); geniturinário (36); afecção do período perinatal (5314); mal formação (2916); alteração clínica-laboratorial (267); causa externa (771). Estes dados são demonstrados na tabela 4.

Tabela 4 – Causa evitável de óbito em crianças menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020 segundo o CID-10.

Classificação CID-10	Casos	%
XVI. Alguma afecção no período perinatal	4.515	49,6%
XVII. Malformação congênita	2.398	26,3%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	660	7,3%
X. Doenças do aparelho respiratório	326	3,4%
VI. Doenças do sistema nervoso	252	2,8%

Classificação CID-10	Casos	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	247	2,7%
XVIII. Achados anormais em exames	209	2,3%
II. Neoplasias	177	1,9%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	97	1,1%
IX. Doenças do aparelho circulatório	96	1,0%
XI. Doenças do aparelho digestivo	71	0,7%
III. Doenças hematológicas	44	0,5%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34	0,3%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,04%
XIII. Doenças osteomusculares	3	0,03%
VIII. Doenças do ouvido	2	0,02%
Total	9.135	100%

Fonte: os autores. Dados do SIM. % - percentual com relação ao total de casos.

Considerando que o fator relacionado à alguma afecção no período perinatal foi responsável por quase metade de todos os óbitos, e que estes poderiam ser evitados por ações relacionadas à saúde da mulher, a tabela 5 descreve quais foram estes eventos. É notável que medidas relacionadas a um melhor pré-natal seriam eficazes para diminuir esta condição.

Tabela 5 – Detalhamento das afecções perinatais responsáveis pelos óbitos em crianças menores de 5 anos no estado do Paraná entre 2016 e 2020.

Afecção segundo CID-10	Casos	%
Afecção não necessariamente relacionada a gravidez	989	21,90
Complicação materna durante a gravidez	706	15,64
Afecção da placenta, membrana ou cordão	480	10,63
Desconforto respiratório do recém-nascido	376	8,33
Sepse do recém-nascido	317	7,02
Baixo peso ao nascer ou prematuridade	197	4,36
Complicação no trabalho de parto	153	3,39
Síndrome da aspiração neonatal	150	3,32
Enterocolite necrotizante do feto	119	2,64
Transtorno cardiovascular perinatal	114	2,52
Asfixia ao nascer	111	2,46
Hemorragia pulmonar perinatal	101	2,24
Outras afecções perinatais	97	2,15
Outras afecções respiratórias perinatais	94	2,08
Hipóxia intrauterina	65	1,44
Crescimento fetal retardado	53	1,17
Doença respiratória crônica perinatal	39	0,86
Afecções placentárias	37	0,82
Afecções do tegumento	36	0,80
Outras infecções perinatais	34	0,75
Hemorragia intracraniana não traumática	25	0,55
Transtorno do metabolismo	25	0,55
Pneumonia congênita	22	0,49

Afecção segundo CID-10	Casos	%
Outras infecções congênitas	21	0,47
Enfisema	18	0,40
Transtornos do aparelho digestivo	14	0,31
Doença viral congênita	13	0,29
Doença Hemolítica do recém-nascido	13	0,29
Onfalite	11	0,24
Outros distúrbios da função cerebral	10	0,22
Hidropisia fetal	9	0,20
Distúrbio hidroeletrólítico	9	0,20
Outras doenças hematológicas	8	0,18
Outros traumas de parto	7	0,16
Coagulação intravascular disseminada	7	0,16
Outras obstruções intestinais	6	0,13
Outras hemorragias neonatais	5	0,11
Hipotermia do recém-nascido	5	0,11
Problemas de alimentação do recém-nascido	4	0,09
Doença hemorrágica do feto	3	0,07
Icterícia neonatal	3	0,07
Convulsões do recém-nascido	3	0,07
Perda sanguínea fetal	2	0,04
Hemorragia umbilical do recém-nascido	1	0,02
Kernicterus	1	0,02
Icterícia neonatal por outras hemólises	1	0,02
Doença do tônus muscular	1	0,02
Total	4515	100%

Fonte: os autores. Dados do SIM. % - percentual com relação ao total de casos.

O aumento do financiamento público para saúde e assistência médica também é conhecido por reduzir a incidência de mortalidade infantil. Quando os investimentos em saúde e serviços são feitos de forma justa e equitativa, eles melhoram o acesso a serviços de cuidados vitais, incluindo cuidados pediátricos, para as populações carentes e vulneráveis (RAMAKRISHNAN *et al.*, 2021).

Outros estudos realizados na Grécia, África do Sul, África subsaariana, Brasil e em todo o mundo mostram conclusões semelhantes de que o crescimento econômico reduz a mortalidade infantil. O acesso e uso de saneamento melhorado juntamente com uma boa higiene também reduz o risco ou a suscetibilidade a doenças, melhorando assim a qualidade de vida das crianças. Existe uma infinidade de evidências que mostram que um bom saneamento e higiene têm uma correlação negativa com a mortalidade infantil (SHARMA *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período estudado foram registrados 9.291 óbitos de crianças menores de 5 anos no estado do Paraná, por causa evitável. Comparando 2020 com 2016 houve

uma diminuição de 18,1% nestes registros. Destes, 79,4% eram do sexo masculino e a maioria dos óbitos (45%) ocorreu entre 0 e 6 dias de vida. Com relação à etnia, o maior número de casos foi entre a população branca (84,8%). Com relação ao que desencadeou o óbito, a maioria (37,3%) foi registrada como demais causas, ou seja, não há uma definição. Na sequência a falta de atenção adequada a mulher na gestação foi a mais frequente (31,3%). Ainda, 91% ocorreu em ambiente hospitalar, seguido de domicílio (4,5%). Com relação ao motivo registrado pelo CID-10, a maioria dos casos ocorreram por afecções no período perinatal o que acende um alerta para que mais esforços e investimentos sejam direcionados para esta área de modo a evitar este tipo de condição.

Uma abordagem multidisciplinar e integral é fundamental para encarar este problema de saúde pública. É importante levar em consideração que medidas de prevenção relacionadas a atenção primária devem ser executadas durante todas as fases da idade adulta. Desta forma, as informações mencionadas podem ser utilizadas por equipes multidisciplinares ou profissionais de saúde, afim de projetarem ações ou novas pesquisas que visem a evitar a mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

AMEGBOR PM, ADDAE A. Spatiotemporal analysis of the effect of global development indicators on child mortality. *Int J Health Geogr*, v.22, n.1, p.9, 2023. Doi: 10.1186/s12942-023-00330-x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CELIK IH, HANNA M, CANPOLAT FE, MOHAN PAMMI. Diagnosis of neonatal sepsis: the past, present and future. *Pediatr Res*. 2022 Jan;91(2):337-350. Doi: 10.1038/s41390-021-01696-z.

COFFEY PS, BROWN SC. Umbilical cord-care practices in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Feb 20;17(1):68. Doi: 10.1186/s12884-017-1250-7.

KUTI BP, OGUNLESI TA, ODUWOLE O, ORINGANJE CC, UDOH EE, BELLO S, HORN D, MEREMIKWU MM. Hand hygiene for the prevention of infections in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jun 6;6(6):CD013326. Doi: 10.1002/14651858.CD013326.pub4.

LEMOS, A.C.S., ROCHA, A.A. Análise da mortalidade infantil por causas evitáveis no município de Aracaju-SE de 2007 a 2015. *Revista Eletrônica da FAINOR*, v.11, n.2, p. 371-384, 2018. Doi: 10.11602/1984-4271.2018.11.2.9

LIU L, OZA S, HOGAN D, PERIN J, RUDAN I, LAWN JE, COUSENS S, MATHERS C, BLACK RE. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, v.385, n. 9966, p. 430-40, 2015. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6.

MAZUCATO, T. Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. Penápolis: FUNEPE, 2018.

NICOL JU, IWU-JAJA CJ, HENDRICKS L, NYASULU P, YOUNG T. The impact of faith-based organizations on maternal and child health care outcomes in Africa: taking stock of research evidence. *Pan Afr Med J.* 2022 Dec 5; 43:168. Doi: 10.11604/pamj.2022.43.168.32983.

OGERO M, NDIRITU J, SARGUTA R, TUTI T, AKECH S. Pediatric prognostic models predicting in hospital child mortality in resource-limited settings: An external validation study. *Health Sci Rep.* 2023 Aug 27;6(8): e1433. Doi: 10.1002/hsr2.1433.

RAMAKRISHNAN R, RAO S, HE JR. Perinatal health predictors using artificial intelligence: A review. *Women's Health*, v.17, e-17455065211046132, 2021.

SACCONI G, GRAGNANO E, ILARDI B, MARRONE V, STRINA I, VENTURELLA R, BERGHELLA V, ZULLO F. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022 Oct;159(1):43-55. Doi: 10.1002/ijgo.14100.

SANCHEZ CA, RIVERA-LOZADA O, LOZADA-URBANO M, BEST P. Infant mortality rates and pneumococcal vaccines: a time-series trend analysis in 194 countries, 1950-2020. *BMJ Glob Health.* 2023 Aug;8(8): e012752. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012752.

SHARMA WADDINGTON H, CAIRNCROSS S. Protocol: Water, sanitation and hygiene for reducing childhood mortality in low- and middle-income countries. *Campbell Syst Rev*, v.17, n.1, p. e1135, 2021. doi: 10.1002/cl2.1135.

SHARROW D, HUG L, YOU D, ALKEMA L, BLACK R, COUSENS S, CROFT T, GAIGBE-TOGBE V, GERLAND P, GUILLOT M, HILL K, MASQUELIER B, MATHERS C, PEDERSEN J, STRONG KL, SUZUKI E, WAKEFIELD J, WALKER N. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet Glob Health*, v.10, n.2, p. e195-e206, 2022. Doi: 10.1016/S2214-109X (21)00515-5.

TAVARES, L.T. *et al* Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2016. Doi: 10.29397/reciis. V10i3.1044.

THABREW KAS, SOORIYARACHCHI MR, JAYAKODY DNK. Determinants of under-five mortality in Sri Lanka: A multilevel analysis of 2016 Sri Lankan DHS data. *PLoS One.* 2023 Sep 8;18(9): e0291246. Doi: 10.1371/journal.pone.0291246.

Influência da mídia no estilo de vida de adolescentes

Influence of the media on the lifestyle of adolescents

Paula Alexandre de Freitas

Joana Dayse da Rocha Portela Andrade

RESUMO

O período da adolescência é decisivo no estabelecimento de um estilo de vida ativo e saudável, por se tratar de um momento de muitas mudanças, adaptações, decisões e desafios na vida do ser humano. Nessa fase tem sido observado que a influência da mídia pode levar esses adolescentes a internalizarem padrões de beleza física, resultando em insatisfação com o próprio corpo, afetando o nível de atividade física e alimentação dessa faixa etária. Nesse sentido, o presente trabalho teve o objetivo de realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a influência da mídia no nível de atividade física de adolescentes. Realizou-se uma busca em bases de dados eletrônicas com os descritores “Atividade física e seus benefícios” e “Mídia e estilo de vida em adolescentes”, utilizando suas equivalências em inglês. Como resultados, tem-se que a mídia tem influência significativa nas decisões quanto ao estilo de vida de adolescentes, uma vez que ela dita um corpo “ideal” a ser alcançado, estimula a prática de comportamentos sedentários com mais tempo de tela, bem como o consumo excessivo de alimentos industrializados. Por outro lado, a mídia também oferece informações importantes acerca de um estilo de vida mais saudável, com o estímulo à prática de atividades físicas e uma alimentação balanceada. Nesse contexto, destacamos assim a importância do ensino a esses jovens acerca da adoção de um estilo de vida saudável com a prática de atividade física e alimentação equilibrada, bem como o uso da mídia com moderação e senso crítico, na busca de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: adolescentes. nível de atividade física. influência da mídia.

ABSTRACT

The period of adolescence is decisive in establishing an active and healthy lifestyle, as it is a time of many changes, adaptations, decisions and challenges in human life. At this stage, it has been observed that the influence of the media can lead these teenagers to internalize standards of physical



beauty, resulting in dissatisfaction with their own bodies, affecting the level of physical activity and nutrition in this age group. In this sense, the present work aimed to carry out a narrative review of the literature on the influence of the media on the level of physical activity of adolescents. A search was carried out in electronic databases with the descriptors “Physical activity and its benefits” and “Media and lifestyle in adolescents”, using their English equivalents. As a result, the media has a significant influence on decisions regarding the lifestyle of teenagers, since it dictates an “ideal” body to be achieved, encourages the practice of sedentary behaviors with more screen time, as well as excessive consumption of processed foods. On the other hand, the media also offers important information about a healthier lifestyle, encouraging physical activity and a balanced diet. In this context, we highlight the importance of teaching these young people about adopting a healthy lifestyle with physical activity and a balanced diet, as well as using the media in moderation and critical sense, in the search for a better quality of life. life.

Keywords: adolescents. level of physical activity. media influence.

INTRODUÇÃO

A influência da mídia nos níveis de atividade física de adolescentes é um tópico importante que tem sido amplamente estudado e discutido. A mídia desempenha um papel significativo na vida dos adolescentes e pode afetar suas escolhas de estilo de vida, incluindo a participação em atividades físicas (SHIMOGA *et al.*, 2019).

A sociedade atual pode ser caracterizada pelo grande avanço tecnológico, com o crescimento exponencial da influência da mídia na vida da população global. A sociedade vivencia uma nova era, em que a mídia deixou de ser apenas uma vendedora de produtos, e passou a ser uma formadora de padrão de vida, influenciando a vida social e cultural dos indivíduos, ditando regras acerca de dietas, atividade física e moda, atuando diretamente na autoimagem da sociedade (CALLAVARO FILHO, 2013).

Esse cenário contribui para o surgimento de padrões comportamentais atualmente observados no mundo, evidenciados pelo aumento dos comportamentos prejudiciais à saúde, como baixa atividade física, consumo alimentar inadequado e o aumento de comportamentos sedentários, que são associados às mudanças nos perfis de morbimortalidade ocorridas nas últimas décadas, com o aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) em detrimento das doenças transmissíveis (MULYE *et al.*, 2009; JANSSEN; LAM; KATZMARZYK, 2009).

Dentre as ferramentas que se tornaram presentes na sociedade atual e que tem influenciado o estilo de vida desses jovens, destaca-se a mídia com todas as suas facetas, que reúne textos, imagens, vídeos e outros que são postados e publicados instantaneamente na internet, e que influenciam entre diversos fatores, o estilo de vida da população (SILVA *et al.*, 2015).

Torna-se relevante destacar que um estilo de vida ativo, com a prática regular de exercício físico é essencial na saúde física e mental dos indivíduos, sendo indicados na prevenção de diversas doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares,

acidente vascular cerebral, hipertensão, obesidade, diabetes e osteoporose, sendo, portanto, de suma importância evidenciar os fatores que estão incentivando ou desestimulando um estilo de vida saudável (KLAVESTRAND; VINGÅRD, 2009).

Desta forma, avaliar como a mídia tem influenciado o nível de atividade física de adolescentes, é importante para conhecer e descrever os aspectos relacionados à saúde desse grupo, e da sociedade vindoura. Nesse sentido, o presente trabalho teve o objetivo de realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a influência da mídia nos níveis de atividade física em adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada com base em artigos disponíveis em bases de dados eletrônicas acerca da influência da mídia no nível de atividade física em adolescentes. Os descritores utilizados foram “Atividade física e seus benefícios” e “Mídia e estilo de vida em adolescentes”, assim como suas equivalências nos idiomas inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atividade física e seus benefícios

A atividade física caracteriza-se como um movimento voluntário que requer um gasto energético para sua realização e que atua diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, gerando diversos benefícios a saúde física e mental, reduzindo o risco de adquirir doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Porém, apesar dos esforços dos profissionais de saúde e da grande divulgação dos ministérios da saúde sobre a importância da prática da atividade física, a globalização tem gerado uma população cada vez mais inativa fisicamente (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE (2017), 62,1% dos brasileiros com mais de 15 anos, ou seja, 100,5 milhões de pessoas relataram ser sedentárias em 2015. O principal motivo apontado pelos entrevistados para não praticar nenhum exercício físico foi a falta de tempo. No Nordeste, a falta de tempo foi a justificativa de 33,6% da população de sedentários, mostrando a falta de instrução desses indivíduos quanta a importância da prática de uma atividade física regular para a manutenção de um estilo de vida saudável.

Brás e colaboradores (2009) relatam uma redução na prática de atividade física de jovens no período do Ensino Médio, para o Ensino Superior, e que esses hábitos perduram até a vida adulta. Além disso, Vankim e colaboradores (2010) afirmam que após o ingresso dos estudantes na universidade, podem ocorrer mudanças no estilo de vida, devido o maior tempo dedicado a formação acadêmica, tornando este grupo mais vulnerável a comportamentos que coloquem a saúde em risco, sendo importante trabalhar esses hábitos já desde a infância.

Nesse contexto, a prática regular da atividade física é considerada uma atividade fundamental na construção de um estilo de vida saudável. Torna-se importante ressaltar que a WHO (2010), considera como atividade física atividades de lazer, transporte (caminhar, andar de bicicleta), ocupacional (trabalho), atividades domésticas, exercícios planejados ou esportes. Entre os benefícios dessas atividades, destaca-se: melhora das capacidades cardiovascular e respiratória, prevenção de DCNT, redução do risco de fraturas e perda de massa óssea, aumento de massa muscular, redução de gordura, melhora da composição corporal e regulação do balanço energético. Além disso, a atividade física também gera benefícios à saúde mental, tais como: melhoria do bem-estar geral, autoestima, stress e humor (GUALANO; TINUCCI, 2011; MIRANDA *et al.*, 2013; FLORINDO *et al.*, 2015).

Entretanto, com o avanço das tecnologias, a população tem adotado um padrão de vida cada vez mais sedentário, e somado a isso, a alimentação passou a ser cada vez mais industrializada, contribuindo com o aumento de diversas patologias, aumentando assim, cada vez mais a taxa de mortalidade decorrentes do sedentarismo (MENEGUCI *et al.*, 2015).

Atividade física e a mídia na sociedade contemporânea

Na sociedade contemporânea, têm-se bem definido o modelo físico de corpo saudável, conforme padrões propostos pela mídia, em que ter esse corpo modelo implica sucesso, realização, disciplina, saúde física e mental. Neste contexto, a prática de atividade física é considerada o melhor meio para se chegar a esse modelo. Entretanto, inúmeros elementos irão atuar nessa prática e diversos fatores irão influenciar a satisfação corporal dos indivíduos. Destacando-se a prática de dietas, exposição ao conteúdo de mídias e redes sociais e prática de atividades físicas, em que a aparência/peso corporal se torna o ponto primordial em detrimento a saúde (COHEN; BLASZCZYNSKI, 2015).

O corpo no século XXI é resultado dos crescentes avanços da ciência e tecnologia, do imediatismo, do capitalismo e do consumo desenfreado na busca de um corpo idealizado. Nesse caminho, o corpo é considerado algo completamente modificável, em que as limitações e diferenças biológicas e fisiológicas são desconsideradas, e todos buscam um único modelo, sem identidade, mas “perfeito” (COSTA, 2016; LEITZKE *et al.*, 2014).

A mídia divulga mensagens ambíguas sobre a adoção de um estilo de vida saudável, pois se por um lado se prioriza o cuidado com o corpo, em que se busca parâmetros ditos saudáveis pelas organizações de saúde e o respeito a individualidade biológica, por outro, propaga-se corpos esculturais, o aperfeiçoamento genético e a saúde perfeita. Desta forma, o corpo é considerado a parte do indivíduo e simultaneamente um objeto sem sentido e sem valor (SOUZA *et al.*, 2013).

Na sociedade moderna existe um padrão de beleza pré-determinado com características bem delimitadas, ele deve ser jovem, atlético, livre de gorduras, bem definido, com diferentes características entre os gêneros. Deve ser magro e definido para as mulheres, forte e musculoso para os homens, e em alguns casos com medidas bem definidas. A imagem do corpo, a sua saúde e performance é que caracterizam a identidade do indivíduo (FERRARI, 2012; HURST *et al.*, 2017).

Embora a busca dessa identidade no corpo “perfeito”, seja prejudicial em qualquer fase da vida, existem períodos que ela pode ser mais crítica. A fase da adolescência tem se destacado como um momento decisivo na formação física e mental dos indivíduos. Na adolescência ocorrem mudanças na formação da autoestima que podem durar por toda a vida (SOUSA *et al.*, 2016). As novas relações sociais, maior independência, menor convívio familiar, torna os estudantes vulneráveis às pressões exercidas pela sociedade quanto aos aspectos corporais, podendo levar a distúrbios físicos e mentais, sendo, portanto, de grande relevância avaliar como está a imagem corporal desses indivíduos, que serão os influenciadores do amanhã (PLOTNIKOFF *et al.*, 2015).

Nesse contexto, embora a prática regular de atividade física possa resultar benefícios à saúde física e mental, nessa busca desenfreada por corpos idealizados pelo padrão de beleza propagado pela mídia, a atividade física pode ser praticada, e no lugar de benefícios, poderá gerar ou agravar os distúrbios de imagem corporal e, conseqüentemente, trazer diversos prejuízos à qualidade de vida (PLOTNIKOFF *et al.*, 2015).

Como a mídia pode influenciar os níveis de atividade física dos adolescentes

O impacto da mídia e das interações sociais no modo de vida dos adolescentes desempenha um papel crucial na sociedade contemporânea. A representação simbólica do corpo agora desempenha um papel central na integração social, especialmente para os jovens. A mídia atua como um veículo para promover a ideia de um corpo ideal e perfeito, o que pode levar a diversos problemas (UCHÔA *et al.*, 2019)

A imposição de modelos corporais ideais, com a promoção de padrões de beleza e corpos podem criar pressão sobre os adolescentes para se conformarem a esses padrões. Isso pode afetar a autoimagem e a autoestima dos adolescentes, influenciando diretamente sua disposição para se envolver em atividades físicas. Além disso, a mídia oferece uma ampla variedade de entretenimento sedentário, como assistir TV, jogar videogames e usar dispositivos eletrônicos, atividades essas que competem com o tempo que os adolescentes dedicam à atividade física. Somado a esses fatores, temos ainda a publicidade de produtos e alimentos não saudáveis, que podem influenciar negativamente as escolhas alimentares dos adolescentes (APARICIO-MARTINEZ *et al.*, 2019; LUCENA *et al.*, 2015; MC CARTHY *et al.*, 2022)

Por outro lado, a mídia também pode ser uma ferramenta poderosa para promover esportes e atividades físicas. A cobertura de eventos esportivos, a divulgação de histórias inspiradoras de atletas e a promoção de programas de condicionamento físico podem motivar os adolescentes a se envolverem mais em atividades físicas. As redes sociais desempenham um papel importante na vida dos adolescentes e podem influenciar suas escolhas de estilo de vida. Influenciadores digitais que promovem um estilo de vida ativo e saudável podem inspirar os adolescentes a serem mais ativos. Por isso, torna-se importante ensinar os adolescentes a serem críticos em relação à mídia, e ajudá-los a entender como a mídia pode influenciar suas escolhas e a desenvolver habilidades para fazer escolhas mais saudáveis (GERAEE *et al.*, 2015; MALM *et al.*, 2019; LAJNEF *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mídia tem o potencial tanto de influenciar negativamente quanto de promover a atividade física entre os adolescentes. É importante que os pais, educadores e a própria mídia desempenhem um papel ativo na promoção de mensagens positivas e na criação de um ambiente que encoraje os adolescentes a adotarem estilos de vida ativos e saudáveis.

REFERÊNCIAS

- [WHO] World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Switzerland, 2010.
- ALOTAIBI, Mohammad *et al.* Efficacy of emerging technologies to manage childhood obesity. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, p. 1227-1244, 2022.
- APARICIO-MARTINEZ, Pilar *et al.* Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*, v. 16, n. 21, p. 4177, 2019.
- BRÁS, R. ESTEVES, D. PINTO, P. MARTINS, C. O'HARA, K. (2009). Excesso de Peso em Estudantes Universitários. *Desafios de Saúde e Comportamento - Actas do 1º Congresso de saúde e comportamento dos países de língua portuguesa*. Ed. Universidade do Minho.
- CALLAVARO FILHO, H.D. Internet e mídias sociais: gênese, evolução e questões atuais. *EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires*, v.18, n.183, 2013. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd183/internet-e-midias-sociais.htm> > Acesso em 09 de março de 2017.
- COHEN R, BLASZCZYNSKI A. Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *J Eat Disorder*. 2015; 23(3): 1-11
- COSTA R. Políticas da vida e pedagogia do corpo. In: Carvalho YM, Fraga AB, Gomes IM (orgs.). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2016. 3 vols. 23-41.
- FERRARI EP. Percepção da imagem corporal e fatores associados em universitários do curso de Educação Física. [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
- FLORINDO AA, BROWNSON RC, MIELKE GI, GOMES GA, PARRA DC, SIQUEIRA FV *et al.* Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health*. 2015;15(1).
- GERAEE, Narjes *et al.* Impact of media literacy education on knowledge and behavioral intention of adolescents in dealing with media messages according to stages of change. *Journal of advances in medical education & professionalism*, v. 3, n. 1, p. 9, 2015.
- GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, p.37-43, 2011.

- HURST M, DITTMAR H, BANERJEE R, BOND R. "I just feel so guilty": The role of introjected regulation in linking appearance goals for exercise with women's body image. *Body Image*. 2017; 20:120-29.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Maioria dos brasileiros é sedentária a partir da adolescência. Disponível em: < <http://www.valor.com.br/brasil/4971304/ibge-maioria-dos-brasileiros-e-sedentaria-partir-da-adolescencia> >. Acessado em: 25 set 2019
- JANSSEN, I.; LAM, M.; KATZMARZYK, P.T. Influence of overweight and obesity on physician costs in adolescents and adults in Ontario, Canada. *Obesity Reviews*. v.10, p:51-7, 2009.
- KLAVESTRAND, J. VINGÅRD, E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinav Journal Medicine Science Sports*, 2009. 19(3), 300-312.
- LAJNEF, Karima. The effect of social media influencers on teenagers Behavior: an empirical study using cognitive map technique. *Current Psychology*, p. 1-14, 2023.
- LEITZKE ATS, BAPTISTA TJR, SILVA AM. Relações entre beleza e saúde feminina: um olhar a partir da perspectiva de professoras de educação física. *Motrivivência*. 2014; 26(43):183-97.
- LUCENA, Joana Marcela Sales de *et al*. Prevalence of excessive screen time and associated factors in adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, p. 407-414, 2015.
- MALM, Christer; JAKOBSSON, Johan; ISAKSSON, Andreas. Physical activity and sports—real health benefits: a review with insight into the public health of Sweden. *Sports*, v. 7, n. 5, p. 127, 2019.
- MC CARTHY, Catherine M.; DE VRIES, Ralph; MACKENBACH, Joreintje D. The influence of unhealthy food and beverage marketing through social media and adver gaming on diet-related outcomes in children—A systematic review. *Obesity Reviews*, v. 23, n. 6, p. e13441, 2022.
- MENEGUCI J, SANTOS DAT, SILVA RB, SANTOS RG, SASAKI JE, TRIBESS S *et al*. Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. *Motricidade*. 2015; 11(1):160-74.
- MIRANDA VPN, NEVES CM, FILGUEIRAS JF, CARVALHO PHB, FERREIRA MEC. Nível de atividade física e satisfação corporal em estudantes de Educação Física. *R. bras. Ci. e Mov*. 2013; 21(2): 98-105.
- MULYE, T.P.; PARK, J.; NELSON, C.N. *et al*. Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health*. v.45, p. 8–24, 2009.
- OLIVEIRA, T.C. SILVA, A. A. M. SANTOS, C. J. N. SILVA, J. S. CONCEICAO, S. I. O. Atividade física e sedentarismo em escolares de rede pública e privada de ensino em São Luís. *Revista de Saúde Publica*. São Paulo, 44(6): 996-1004, 2010.
- PLOTNIKOFF RC, COSTIGAN SA, WILLIAMS RL, HUTCHESON MJ, KENNEDY SG, ROBARDS SL *et al*. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12(45).

SHIMOGA, Sandhya V.; ERLYANA, Erlyana; REBELLO, Vida. Associations of social media use with physical activity and sleep adequacy among adolescents: Cross-sectional survey. *Journal of medical Internet research*, v. 21, n. 6, p. e14290, 2019.

SILVA, A.R.S. *et al.* Relacionamento Entre Blogs de Beleza e Empresas de Cosméticos: Um Estudo na Perspectiva das Blogueiras. *Revista Gestão.Org*, v.13, edição especial, p. 349-359, 2015.

SOUZA AC, ALVARENGA MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *J. bras. Psiquiatr.* 2016; 65(3): 286-99.

UCHÔA, Francisco Nataniel Macedo, *et al.* Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in adolescents of developing eating disorders. *International journal of environmental research and public health*, 2019, 16.9: 1508.

VANKIM, N. LASKA, M. EHLINGER, E. LUST, K. STORY, M. Understanding young adult physical activity, alcohol and tobacco use in community colleges and 4-year post- secondary institutions: A cross-sectional analysis of epidemiological surveillance data. *BMC Public Health*, 2010. 10 (208), 1-9.

Assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras: potencialidades, demandas e fragilidades

Ana Caroline da Silva Batista

Igor Renan Frazão Bezerra

João Pedro Rodrigues Lucio

Maria Eduarda Pinto Teles

Danilo Lins de Oliveira

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as queimaduras são lesões traumáticas que podem ser causadas por diversos agentes, sejam físicos, químicos e biológicos, tais como queimaduras térmicas por líquidos quentes e produtos químicos, como utilizados para limpeza, entre outros, e essas lesões podem deixar sequelas no paciente, dependendo do tipo e do grau de comprometimento. No campo da pediatria, essas sequelas podem ser ainda mais graves, devido à fragilidade corporal e imunológica das crianças em processo de crescimento e desenvolvimento.

Pesquisas apontam que as lesões por queimaduras retratam uma importante causa de morbimortalidade de forma mundial, tendo importante destaque entre as crianças. Essa situação traumática pode acarretar em demandas e fragilidades que marcam a vida da criança, tal como a hospitalização, restrição de movimento, a depender da extensão e local, além de alterar o meio de convívio em que a criança está inserida, o que pode deixá-los mais frágeis e sensíveis (REBELLO *et al.*, 2016).

A enfermagem é uma área profissional que desempenha um papel importante na assistência à saúde, realizando condutas específicas por meio de conhecimentos técnico-científicos. Nesse contexto, é fundamental compreender a atuação, deveres e responsabilidades dos profissionais de enfermagem no campo assistencial, com ênfase na área de pediatria.

Percebe-se que a assistência de enfermagem é de fundamental importância para a recuperação do indivíduo vítima de queimadura, pois é realizada a partir de uma avaliação integral do mesmo. Assim, através da utilização de métodos, como dimensionamento da área afetada, tem-se a implementação de tratamento adequado, a fim de minimizar os traumas que podem ser agravados, para além dos aspectos físicos (LIMA *et al.*, 2021).



Assim, é importante aprofundar as pesquisas sobre a temática relacionada à assistência de enfermagem às crianças vítimas de queimaduras, considerando todas as particularidades envolvidas, desde o tratamento das lesões, bem como o aprofundamento nas fragilidades que podem ser desencadeadas a partir disso.

JUSTIFICATIVA

As lesões relacionadas a queimaduras estão entre os tipos de traumas considerados mais dolorosos, com um alto índice de casos, tendo as crianças como um dos principais grupos de risco. Observa-se que muitas causas de queimaduras, principalmente relacionadas as crianças, são evitáveis, tais como os acidentes com líquidos quentes, exposição a luz solar e produtos químicos, por exemplo, pois são consequências de descuido e/ou falta de atenção, sendo a segunda causa de morte acidental na infância (ROCHA *et al.*, 2021).

O índice de complicações e sequelas causadas desencadeadas pelas queimaduras é exacerbado, pois contribui para o aparecimento de processos infecciosos, debilidade do membro, mobilidade prejudicada, dentre outros. Vê-se também que tais complicações relacionam-se com danos psicológicos, físicos e neurológicos, bem como afetam o sistema renal, imunológico e cardiovascular, por exemplo (SWIDERSKI, 2019).

Nessa perspectiva, o profissional responsável pelo atendimento de lesões causadas por queimaduras, tendo ênfase no meio pediátrico, deve ter habilidade diante desses casos, identificando riscos a respeito das respostas fisiopatológicas desencadeadas nesse processo. Além disso, o indivíduo fica mais propenso a adquirir algum tipo de infecção hospitalar, o que pode agravar e retardar o restabelecimento do bem-estar do paciente (JÚNIOR *et al.*, 2018).

Ademais, Diel (2013) comenta que o tratamento destinado ao paciente queimado é de forma especializada, bem como é prolongado e de alto custo, aliando ainda a perdas sociais, estéticas e econômicas. Tal fato deve ser levado em consideração, já que afeta significativamente o processo de assistência à saúde, em vários aspectos.

Diante disso, Lima *et al.* (2021), comenta que a assistência de enfermagem, contribui significativamente para a plena recuperação da criança vítima de queimadura, pois presta um cuidado direcionado, observando as particularidades de cada indivíduo, com uma avaliação integral do usuário.

Com isso, o enfermeiro possui conhecimento técnico-científico que pode enfatizar aspectos transformadores dentro da realidade vivenciada, a partir da identificação das demandas e fragilidades que são mais comumente vistas dentro desse contexto de queimaduras na infância. Há inúmeras possibilidades de fazer com que se tenha uma atuação multidisciplinar, com a elaboração de protocolos operacionais, que relacionem os principais aspectos vistos no âmbito das queimaduras na infância, com técnicas que garantam a segurança dos pacientes, e o assistam de modo integral, atentos aos sinais que podem refletir em agravamento do caso (SILVA *et al.*, 2017).

Assim, a pesquisa justifica-se pelo fato da relevância deste assunto, pois queimaduras em crianças possuem altos índices de mortalidade, além de levar a sequelas permanentes.

Dessa forma, a realização de pesquisas relacionadas a tal assunto, serve como base para estudos futuros, trazendo um novo olhar de percepção do processo saúde-doença.

OBJETIVOS

Geral

Descrever os aspectos fisiopatológicos das queimaduras, com as causas mais comuns na pediatria, bem como as condutas da equipe de enfermagem nos casos de queimaduras em crianças.

Específicos

- Conceituar os principais aspectos das queimaduras;
- Apresentar as causas mais frequentes que ocasionam queimaduras em crianças;
- Identificar as fragilidades e demandas específicas no atendimento e cuidado à criança vítima de queimadura;
- Discorrer sobre o papel da equipe de enfermagem frente a casos de queimaduras na infância.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão de literatura que, segundo Brizola e Fantin (2016), busca realizar uma junção de ideias sobre um determinado assunto, com referências de variados autores, com o intuito de comparar os resultados e, com isso, observar os principais pontos relacionados a pesquisa. Com isso, esse método de revisão direciona o pesquisador a traçar novas linhas de investigação para o problema, de modo a construir uma nova abordagem do tema com relevância científica.

Para o estudo, será utilizado bases de dados e bibliotecas online, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde, usando os descritores: queimaduras, crianças, assistência de enfermagem. Foram incluídos artigos que contribuem com a temática, que estejam entre 2016 e 2023, escritos na língua portuguesa, que sejam gratuitos. Foram excluídos artigos dos anos anteriores aos citados, que não se articulam com o tema proposto e todos aqueles pagos.

Nesse sentido, a questão que norteará esta pesquisa será: quais as principais atribuições da equipe de enfermagem frente a casos de queimaduras em crianças?

RESULTADOS

Os artigos encontrados, mediante leitura exploratória dos mesmos, serão agrupados em formato de tabela, contendo as principais informações pertinentes a temática, tal como

o exemplo a seguir:

AUTOR E ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Diel (2019)	Assistência de enfermagem em crianças vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura.	Vê-se que os profissionais da equipe enfermagem devem promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras, adaptando o cuidado de enfermagem a cada paciente, de forma a que se sintam fortalecidos para o enfrentamento de seu processo terapêutico.
Lima <i>et al.</i> (2021)	Sistematização da assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura	Observou-se que, enfermeiro ao utilizar recursos que auxiliam na assistência prestada, propicia a realização de um cuidado sistematizado, planejado e adequado.
Rebello <i>et al.</i> (2016)	Queimaduras: um relato de caso na pediatria.	Viu-se que a equipe de saúde necessita manter-se atualizada com fundamentação científica, a fim de proporcionar o cuidado mais adequado ao paciente.
Rocha (2021)	Potencialidades, demandas e fragilidades no atendimento de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras: revisão integrativa de literatura.	Observou-se potencialidades, como rede articulada, autonomia na assistência, acolhimento e empatia; fragilidades, como falta de estratégias para comunicação efetiva e inadequado registro de informações, que desafiam a concretização do atendimento integral.
Silva <i>et al.</i> (2017)	Proposta de plano de cuidados de enfermagem para paciente queimado: estudo de caso.	Nota-se que o plano de cuidados corrobora para um cuidado individual, científico, acolhedor e humano, proporcionado melhor qualidade de vida da paciente
Swiderski (2019)	Assistência de enfermagem em crianças vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura.	A ocorrência de queimaduras em crianças mostra a necessidade dos profissionais de enfermagem investir na área de educação com a comunidade, visando esclarecer as dúvidas e ensinar as medidas preventivas, minimizando o risco de queimadura no domicílio.

Fonte: Autores, 2023.

REFERÊNCIAS

BRIZOLA, J.; FANTIN, N. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. Revista de Educação do Vale do Arinos-RELVA, v. 3, n. 2, 2016. Acesso em: 27 de março de 2023. Disponível em < <https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/1738> >.

CONCEIÇÃO, M. G. I.; OLIVEIRA, A. A. de; RODRIGUES, F. A. Trauma pediátrico: assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras. XI Encontro de Iniciação à Docência. Paraíba, 2008. Acesso em: 08 de março de 2023. Disponível em < http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/xi_enid/monitoriapet/ANAIS/Area6/6CCSDEMCMAT10.pdf >.

DIEL, P. K. V. O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente vítima de queimaduras: implicações para a prática da enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2013. Acesso em: 08 de março de 2023. Disponível em < <https://repositorio.furg.br/handle/1/6538> >.

JÚNIOR, S. L. A. M. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem à Criança com Queimadura no Pronto-Socorro Infantil: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 84, n. 22, 2018. Acesso em: 31 de março de 2023. Disponível em < <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/270> >.

LIMA, F. C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 11, n. 34, p. 220-226, 2021. Acesso em: 01 de abril de 2023. Disponível em < <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/407> >.

REBELLO, F. V. *et al.* Queimaduras: um relato de caso na pediatria. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.14, n.3, pp.60-64, 2016. Acesso em: 01 de abril de 2023. Disponível em < https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160503_171008.pdf >.

ROCHA, W. D. R. *et al.* Potencialidades, demandas e fragilidades no atendimento de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e07101522605-e07101522605, 2021. Acesso em: 08 de março de 2023. Disponível em < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22605> >.

SILVA, R. Augusto R. *et al.* Proposta de plano de cuidados de enfermagem para paciente queimado: estudo de caso. *Revista Enfermagem Atual*. 2017. Acesso em: 01 de abril de 2023. Disponível em < https://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_80_REVISTA_18/12.pdf >.

SWIDERSKI, J. S. Assistência de enfermagem em crianças vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura. Faculdade Guairacá. Guarapuava/PR, 2019. Acesso em: 08 de março de 2023. Disponível em < <http://200.150.122.211/jspui/handle/23102004/102> >.

Organizadores

Daniel Fernando Ribeiro

Enfermeiro formado pela faculdade de Pato Branco – (FADEP). Pós-graduação Urgência, Emergência e Atendimento Pré – hospitalar – UNIAMERICA. Pós-graduação Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia – Univitéria. Pós-graduação Enfermagem em UTI – Univitéria. Curso de Extensão NHCPS PALS – Postgraduate Institute for Medicine, Englewood. Curso de Extensão Pré Hospitalar Trauma Life Support (Phtls). Curso de Extensão Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia – Univitéria e AHA. Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental – MS e SAMU DF. Curso de Extensão – APH de combate – Marc1 para equipes de socorristas, Polícia Civil do Paraná. Curso de Extensão Transporte Aeromédico – IESSP. Instrutor do Núcleo de Educação Itinerante NEI – SAMU 192. Instrutor Stop The Bleed. Instrutor Instituto INTAPH.

Adriano Mesquita Soares

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

Índice Remissivo

A

abordagem 22, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 54, 57, 66, 77, 78, 81, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 99, 104, 109
acolhimento 69, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 96
açúcar 53, 56, 59
adolescência 86, 91, 111, 115, 117
adolescentes 14, 25, 40, 43, 51, 61, 74, 78, 79, 80, 84, 87, 91, 93, 96, 97, 100, 111, 112, 113, 115, 116
alimentação 54, 56, 58, 59, 63, 64, 68, 69, 70, 75, 106, 108, 111, 114
alimentares 53, 54, 56, 58, 59
alimentos 35, 56, 68, 111, 115
ambiente 12, 25, 26, 35, 38, 41, 42, 43, 53, 58, 59, 64, 65, 67, 69, 72, 73, 75, 77, 87, 99, 105, 109
ambiente familiar 53, 58, 59
aspectos biológicos 53
atendimento 22, 27, 28, 32
atividade física 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117
atividades físicas 111, 112, 114, 115
autolesão 81, 82, 83, 85, 86, 87, 91, 93, 94, 95

B

bem-estar 49, 69, 73, 84, 100, 106, 114, 120
biológicos 53, 119

C

cárie 53, 54, 56, 57, 58, 59, 61
criança 2, 11, 12, 18, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 69, 60, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80
crianças 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 87, 91, 93, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 119, 120, 121, 122, 123
crônicas 23, 39, 41, 42, 43, 50, 51
cuidado domiciliar 62

culturas de infâncias 39, 41

D

deficiência 12
dentários 53
derivados 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37
desafios 51, 52, 66, 77, 111
descongestionantes 21, 22, 24, 27, 28, 30, 33, 34, 36, 37
desenvolvimento 12, 26, 27, 36, 39, 40, 42, 43, 45, 48, 54, 56, 57, 58, 60, 64, 76, 83, 87, 88, 92, 94, 100, 105
desmame 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20
doenças 12, 17, 34, 39, 41, 42, 43, 50, 51
doenças crônicas 39, 41, 42, 43, 50, 51, 53, 54, 59

E

emergências 22
enfermagem 72, 73, 76, 77, 78, 79, 119, 120, 121, 122, 123
epidemiológico 79, 99
estéticas 120
estratégias 67, 69, 81, 82, 87, 88, 93, 94, 95, 96

F

famílias 59, 62, 68, 71, 74, 75, 76, 77, 78
ferramentas 62, 69, 71
física 69, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117
fisiologia 12
fisiopatologia 11
fisioterapia 11

G

gastrostomia 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80
gestação 43, 53, 99, 105, 106, 109

H

hábitos 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60

hospitalar 30, 31, 39, 41, 42, 43, 48, 64, 67, 69, 72, 77, 99, 105, 109

I

imidazolínicos 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37

imunológica 119

industrializados 111

infantil 10, 12, 18, 32, 39, 40, 51, 54, 57, 58, 61, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 108, 109, 110

influência 58, 85, 86, 111, 112, 113

instrumentos 42, 62, 64, 70, 71

insuficiência 10, 11, 12, 16

intensivas 11, 12

intoxicação 21, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

intoxicações 21, 22, 25, 26, 27, 36, 37, 38

investimento 102

L

lesões 12, 83, 85, 87, 119, 120

lúdicas 39

M

método 10, 11

mídia 111, 112, 113, 114, 115, 116

mortalidade 11, 12, 25, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109

movimento 113, 119

N

nafazoline 21, 22

neonatais 12
neonatal 10, 11, 13, 16, 18, 102, 103, 104, 107, 108,
109
neonatologia 10, 20

O

odontológico 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61
oftalmológicos 21, 22, 36, 37

P

paciente 11, 12, 16, 18, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 39, 42,
43, 57, 65, 67, 69, 72, 73, 76, 77, 88, 92, 94, 119,
120, 122, 123
pacientes 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25, 28, 30,
31, 34, 39, 43
pediatria 10, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 36, 38, 79, 99,
119, 121, 122, 123
pediátrica 10, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 34, 36, 37
pediátricos 15, 22, 39
perinatal 99, 100, 105, 106, 107, 109, 110
prática 62, 64, 73, 76, 83, 89, 91, 111, 112, 113, 114,
115
pré-natal 53, 54, 56, 57, 60, 61
primeira infância 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
problema 45, 54, 57, 68, 81, 82, 86, 93, 96
processo 11, 12, 16, 17, 18, 35, 39, 45, 57, 58, 70, 71,
72, 74, 76, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 90, 91, 93, 94, 95,
96, 119, 120, 121, 122
processos 48, 68, 120

Q

qualidade de vida 43, 54, 57, 58, 60, 70, 77, 82, 108,
111, 113, 115
queimado 120, 122, 123
queimadura 119, 120, 121, 122, 123
queimaduras 85, 119, 120, 121, 122, 123
químicos 119, 120

R

respiração 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18
respiratórias 10, 11, 12, 17
responsabilidade 5
responsabilidades 119

S

saudável 59, 100, 106, 111, 113, 114, 115
saúde 13, 19, 21, 25, 26, 35, 37, 39, 41, 42, 43, 45, 46,
49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63,
64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78,
79, 80, 86, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 102,
103, 105, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115,
116, 117, 119, 120, 121, 122
saúde bucal 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
saúde pública 26, 54, 57, 67, 86, 93, 99, 106, 109
sedentários 111, 112, 113
sequelas 30, 31, 41, 70, 119, 120
serviços 54, 55, 67, 68, 69, 70, 71, 83, 84, 102, 108
sistema 5
sistemas 102
sonolência 21, 28, 29, 30, 31, 34, 36
suicida 81, 82, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97

T

tecnológicos 62, 70
terapia 10, 12, 15, 18, 19, 29, 37, 44, 65, 81
térmicas 119
tratamento 11, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 31, 33, 34,
35, 36, 37, 39, 41, 42, 49, 50, 53, 55, 60, 64, 67, 71,
72, 73, 76, 77, 87, 90, 91, 92, 94, 104, 105, 119, 120
traumática 107, 119
traumáticas 88, 93, 119

V

ventilação mecânica 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18,
19, 20
vítima 119, 120, 121, 122, 123



AYA EDITORA

2023