

Terapia Intensiva Pediátrica:

perspectivas, intervenções e
relatos de experiência

Jaqueline Basso Stivanin
Jaquiele Jaciara Kegler
(Organizadoras)



AYA EDITORA

2024

Jaqueline Basso Stivanin
Jaquiele Jaciara Kegler
(Organizadoras)

Terapia Intensiva Pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência

Ponta Grossa
2024

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadoras

Prof.ª Dr.ª. Jaqueline Basso Stivanin

Prof.ª Dr.ª. Jaquiele Jaciara Kegler

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 Toczec 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

© 2024 - **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**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

T315 Terapia intensiva pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência [recurso eletrônico]. / Jaqueline Basso Stivanin, Jaquiele Jaciara Kegler (organizadoras) -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 86 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-455-9
DOI: 10.47573/aya.5379.2.281

1. Tratamento intensivo pediátrico. 2. Neonatologia. I. Stivanin, Jaqueline Basso. II. Kegler, Jaquiele Jaciara. III. Título

CDD: 618.92

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..... 8

01

Uso de nutrição enteral em pacientes pediátricos graves..... 9

Andréia Cristina Arantes de Souza
Samara Chaves Nepomuceno
Carlos Eduardo Gagliardi Tolo
Georgiana Oliveira da Silva Gama
Paulo de Tarso Muniz de Menezes
Ana Luiza Bertho Pereira Sarmento
Omar Ahmad Abou Abbas
Luiz Fernando Arantes de Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.1

02

Ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pediatria: uma revisão teórica..... 19

Jaqueline Basso Stivanin

DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.2

03

Diferentes escalas de avaliação da dor em pediatria. 27

Jaqueline Basso Stivanin
Jaquiele Jaciara Kegler
Leticia do Nascimento

DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.3

04

Expectativa dos pais de crianças com patologias neurológicas em relação à fisioterapia 35

Maire Levandowski
Gerlei Garcia
Eduardo Ventura Pereira Lima
Marcelo Pereira Vargas
Eduardo Ripoll de Medeiros
DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.4

05

Prematuridade associados a parturientes submetidas ao parto eletivo 57

Ingrid Araujo Carvalho
Israel Ananias Lemos
DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.5

06

Psicanálise: livre associação e os desafios na atualidade 72

Francisco Ronaldo da Silva Farias
Dorgiane Morais da Silva
DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.6

Organizadoras..... 81

Índice Remissivo..... 82

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos o livro **“Terapia Intensiva Pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência”**. Esta obra reúne uma coletânea de estudos e pesquisas que abordam temas fundamentais no campo da terapia intensiva pediátrica.

Ao longo das páginas deste livro, você encontrará informações valiosas sobre o uso da nutrição enteral em pacientes pediátricos graves, um tema de extrema importância para garantir o adequado suporte nutricional durante o tratamento intensivo. Além disso, será apresentada uma revisão teórica sobre a ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pediatria, uma técnica que tem se mostrado eficaz no tratamento de determinadas condições respiratórias em crianças.

Outro aspecto abordado nesta obra é a avaliação da dor em pediatria, com a apresentação de diferentes escalas de avaliação que auxiliam os profissionais de saúde na identificação e manejo adequado da dor em crianças. Também será discutida a expectativa dos pais de crianças com patologias neurológicas em relação à fisioterapia, um tema relevante que busca compreender as necessidades e desafios enfrentados por essas famílias.

Além disso, este livro traz um estudo sobre a prematuridade associada a parturientes submetidas ao parto eletivo, explorando as possíveis complicações e cuidados necessários nesses casos específicos. Por fim, será discutida a psicanálise, com foco na livre associação e nos desafios enfrentados atualmente nessa abordagem terapêutica.

Esperamos que esta obra contribua para o avanço do conhecimento na área da terapia intensiva pediátrica, fornecendo informações atualizadas e relevantes para profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes interessados no tema. Desejamos a todos uma excelente leitura e que este livro seja uma fonte de inspiração e aprendizado.

Boa leitura!

Uso de nutrição enteral em pacientes pediátricos graves

The use of enteral nutrition in severe pediatric patients

Andréia Cristina Arantes de Souza

Samara Chaves Nepomuceno

Carlos Eduardo Gagliardi Tolo

Georgiana Oliveira da Silva Gama

Paulo de Tarso Muniz de Menezes

Ana Luiza Bertho Pereira Sarmiento

Omar Ahmad Abou Abbas

Luiz Fernando Arantes de Souza

RESUMO

INTRODUÇÃO: A desnutrição é um problema relativamente comum entre pacientes de UTI pediátrica. A nutrição enteral (NE) é a principal escolha para tratar a enfermidade. Contudo, há diversas barreiras que impedem sua implementação adequada. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa, a partir da base de dados PubMed/MEDLINE, com os descritores “Enteral Nutrition”, “Children” e “Intensive Unit Care” unidos ao operador booleano “AND”. Após os critérios de inclusão e exclusão aplicados, foram abordados 17 artigos. **DESENVOLVIMENTO:** A NE é recomendada para todas as crianças em estado grave que não possuam contraindicações. Há diversos métodos de implantação de cateter, cada um com sua especificidade. As complicações advindas da NE costumam ser manifestações gastrointestinais, mitigadas com alguns passos descritos pelas sociedades ao redor do mundo. Diversas barreiras são encontradas na implementação da NE, como equipe mal instruída, demora, procedimentos eletivos, entre diversos outros. **CONCLUSÃO:** Apesar das diversas barreiras encontradas na implementação, a nutrição enteral é muito importante no tratamento e prevenção da desnutrição entre pacientes pediátricos graves. Ademais, mais estudos são necessários para maiores evidências.

Palavras-chave: nutrição enteral; pacientes pediátricos graves; unidade de tratamento intensivo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Malnutrition is a relatively common problem among pe-



diatric ICU patients. Enteral nutrition (EN) is the main choice to treat an illness. However, there are several barriers that prevent its adequate implementation. **METHODOLOGY:** This is a narrative review, based on the PubMed/MEDLINE database, with the descriptors “Enteral Nutrition”, “Children” and “Intensive Unit Care” joined to the Boolean operator “AND”. After the inclusion and exclusion criteria were applied, 17 articles were included. **DEVELOPMENT:** EN is recommended for all critically ill children who do not have contraindications. There are several methods of catheter implantation, each with its own specificity. Complications arising from EN tend to be gastrointestinal manifestations, mitigated with some steps described by societies around the world. Several barriers are found in the implementation of EN, such as poorly instructed staff, delays, elective procedures, among many others. **CONCLUSION:** Despite the various barriers encountered in implementation, enteral nutrition is very important in the treatment and prevention of malnutrition among critically ill pediatric patients. Furthermore, more studies are needed for greater evidence.

Keywords: enteral nutrition; severe pediatric patients; intensive treatment unit.

INTRODUÇÃO

Crianças com a saúde comprometida por enfermidades graves são mais vulneráveis à subnutrição e desnutrição. Segundo evidências, há uma associação entre crianças gravemente doentes internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) e maior propensão à desnutrição em decorrência do aumento da taxa metabólica pela doente com prevalência chegando a 50% dos internados (Abukari & Acheampong, 2021) (Chiusolo *et al.*, 2020).

Frequentemente crianças internadas em UTIPs se apresentam com dificuldades alimentares, desencadeadas por intolerâncias alimentares e/ou interrupções na alimentação. Esse processo pode levar à desnutrição, com perda cumulativa de nutrientes durante a internação. A desnutrição entre pacientes pediátricos internados em UTI é frequente, podendo alcançar taxas entre 15-25% em países em desenvolvimento, frequentemente unido a deterioração do estado nutricional, resultando no declínio dos marcadores nutricionais entre quase um terço das crianças gravemente enfermas (Abukari & Acheampong, 2021, Tume *et al.*, 2020).

A desnutrição entre pacientes internados em UTIPs está cada vez mais relacionada com o incremento da morbidade e mortalidade. Maiores riscos de pneumonia associada à ventilação mecânica, maiores períodos em ventilação mecânica, má integridade de pele, disfunções nos processos de cicatrização, fraqueza muscular, resposta imunológica prejudicada, aumento da suscetibilidade a infecções, entre diversos outros efeitos secundários (Littler & Tume, 2022).

O suporte nutricional eficaz é de suma importância para o bom prognóstico de crianças na unidade de terapia intensiva pediátrica. A nutrição enteral (NE) é considerada a preferência quando se trata de regulação nutricional em pacientes com o sistema gastrointestinal patente. Segundo a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), A terapia nutricional médica deve ser considerada para todos os pacientes internados na UTI, principalmente por mais de 48 horas, com objetivo de atingir pelo menos

2/3 da meta de energia durante os primeiros 7 dias. A preferência se dá devido aos seus diversos benefícios quanto aos aspectos fisiológicos, incluindo diminuição das respostas catabólicas, manutenção da integridade funcional do trato GI, melhora na cicatrização de lesões, inflamação reduzida, bem como diminuição do risco de colonização bacteriana e infecções (Theodoridis *et al.*, 2023, Singer *et al.*, 2019, Li; Wang; Chen, 2023, Kratochvíl *et al.*, 2022).

Apesar dos diversos benefícios da adoção da nutrição enteral em pacientes pediátricos gravemente doentes, sua implementação ainda constitui um enorme desafio, sobretudo devido aos riscos aumentados de complicação, o despreparo da equipe de saúde, a falta de pesquisas mais robustas, a não uniformidade entre as diretrizes das instituições, entre outros fatores (Van Puffelen *et al.*, 2020).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir da base de dados PubMed/MEDLINE, com os descritores “Enteral Nutrition”, “Children” e “Intensive Unit Care”. Como elemento coesivo, utilizou-se o operador booleano “AND”. Desta forma encontrou-se 71 resultados.

Como critérios de seleção, foram adicionados artigos entre os anos de 2018 e 2024, completos, gratuitos, no idioma inglês. Como critérios de exclusão, foram retirados deste estudo artigos que entraram em desacordo com os critérios de seleção e que, após leitura dos títulos e resumos, não contemplavam o objetivo desta pesquisa. Assim, foram abordados neste trabalho 17 artigos.

DESENVOLVIMENTO

Indicações do uso de nutrição enteral

Com base em estudos observacionais e em concordância quase total com a Sociedade Europeia de Nutrição Enteral e Parenteral, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (ESPNIC) recomenda a Nutrição enteral como preferência no fornecimento de nutrientes à criança gravemente doente. Estudos observacionais apoiam a viabilidade do método, que pode ser implementado com segurança aos pacientes pediátricos gravemente doentes com diagnóstico médico e cirúrgico e aos que recebem medicamentos vasoativos. A Seção de Metabolismo, Endócrino e Nutrição da ESPNIC, com base na opinião de especialistas, sugere que a NE seja iniciada em todas as crianças gravemente doentes, a menos que seja contraindicada, preferencialmente nas primeiras 24 a 48 horas (Tume *et al.*, 2020, Singer *et al.*, 2019).

As maiores entidades de nutrologia e endocrinologia concordam em iniciar a NE precocemente, nas primeiras 24 horas e atingir metas calóricas entre 67% e 100% do gasto energético em repouso (GER) no final da primeira semana. Devido à escassez de estudos clínicos robustos, as recomendações sobre quantidades e momento ideal para adoção se baseiam em estudos observacionais que demonstraram associações entre a precocidade

da ação e melhores resultados. (Eveleens *et al.*, 2020)

A ESPNIC, por exemplo, recomenda o aumento da nutrição enteral de forma gradual até que a meta para o parto seja alcançada usando um protocolo ou diretriz de alimentação. Na fase aguda, foi recomendado que não seja ultrapassado o limite do gasto energético em repouso. Após a fase aguda, a ingestão de energia fornecida às crianças gravemente doentes deve levar em consideração o débito energético, a atividade física, a reabilitação e o crescimento (Tume *et al.*, 2020).

Além disso, segundo a Sociedade Européia de Nutrição Enteral e Parenteral (ESPEN), Deve-se administrar a nutrição enteral em dose baixa em pacientes recebendo hipotermia terapêutica, com incremento da dose após reaquecimento; pacientes com hipertensão intra-abdominal sem síndrome compartimental abdominal, enquanto a diminuição temporária ou interrupção da NE deve ser avaliada quando os valores da pressão intra-abdominal aumentam ainda mais em NE; e em enfermos com insuficiência hepática aguda, desde que os distúrbios metabólicos agudos e com risco à vida são mitigados com ou sem estratégias de suporte hepático, independentemente do grau (Singer *et al.*, 2019).

Métodos de administração

Dentre os métodos existentes para administração da nutrição enteral, há o método contínuo, cíclica, intermitente e em bolus.

A alimentação contínua consiste na administração da NE durante 24 horas por dia, com assistência de uma bomba de infusão. Enquanto isso, a alimentação cíclica envolve a administração de NE durante um período inferior a 24 horas, também assistida por uma bomba de alimentação. Na prática, a alimentação contínua assistida por bomba é geralmente aceitável para pacientes gravemente enfermos, para prevenir complicações relacionadas à NE, devido a menores recorrências de intolerância (Kratochvíl *et al.*, 2022, Ichimaru, 2018).

A alimentação intermitente envolve a administração de NE durante 20 a 60 minutos a cada 4 a 6 horas por meio de bomba assistida ou gravidade. Já a alimentação em bolus envolve a administração de NE durante um período de 4 a 10 minutos usando uma seringa (5–6 vezes por dia, até 7–8 vezes em bebês pequenos). Para pacientes clinicamente estáveis com tubos de alimentação que terminam no estômago, a alimentação em bolus é favorecida com relação a fatores práticos, como custo, conveniência e mobilidade do paciente. Em relação à síntese de proteínas musculares e à secreção hormonal gastrointestinal, a alimentação intermitente ou em bolus pode ser mais benéfica do que a alimentação NE contínua para pacientes gravemente enfermos (Kratochvíl *et al.*, 2022, Ichimaru, 2018).

Todas as técnicas apresentam pontos positivos e negativos. Como dito antes, as alimentações contínuas e cíclicas são benéficas por diminuírem os riscos de intolerância, além de diminuírem o risco de aspiração. Contudo, apesar dos benefícios, são técnicas mais trabalhosas e que dependem de um recurso - a bomba de infusão - que pode não ser acessível a todos. Por outro lado, os métodos intermitentes e em bolus são considerados mais próximos ao padrão fisiológico, algo consideravelmente bom. Entretanto, aumentam o risco de aspiração, causam mudanças abruptas de glicose e podem atrasar o esvaziamento

do estômago, ocasionando aumento do volume residual gástrico. 10.1002/ncp.10105 (Theodoridis *et al.*, 2023).

Além da frequência, há também a classificação por posição do cateter. Dentre as principais posições, há uma grande divisão: alimentação gástrica, em que o cateter é posicionado no estômago do paciente; e pós-pilórica, onde o cateter pode ser posicionado em diversos pontos do intestino delgado (Singer *et al.*, 2019).

Doses dos nutrientes

Segundo a ESPEN, a nutrição hipocalórica (não excedendo 70% do EE) deve ser administrada na fase inicial da doença aguda, enquanto a partir do 3º dia pode ser elevada a 80-100% da demanda energética.

Para carboidratos, a ESPEN indica que o limite superior deve ser de 5 mg/kg de peso corporal/min (Singer *et al.*, 2019).

Para ácidos graxos essenciais (AG) foram previamente recomendados na dose de 8 g/dia, mas estudos recentes mostraram que pacientes pediátricos que receberam emulsões lipídicas de óleo de peixe puro não desenvolveram deficiência essencial de AG após meses (Singer *et al.*, 2019).

Para proteínas, segundo a ESPNIC, o mínimo recomendado para pacientes pediátricos deve de 1,5 g/kg/dia, sendo ainda maior em pacientes com insuficiência respiratória e queimaduras. Apesar do escasso aporte científico, recomenda-se doses ainda maiores de proteínas, não ultrapassando o limite superior de 3 g/kg/dia ou 2 g/kg/dia em adolescentes estáveis (Tume *et al.*, 2020, Van Goudoever *et al.*, 2018).

Em pacientes com queimaduras superiores a 20% da superfície corporal, doses enterais adicionais de glutamina (0,3-0,5 g/kg/d) devem ser administradas por 10-15 dias assim que a NE for iniciada. Em trauma grave, doses adicionais de glutamina 0,2-0,3 g/kg/d de NE podem ser administradas durante os primeiros cinco dias com NE. Em caso de cicatrização complicada de feridas pode ser administrado por um período mais longo de dez a 15 dias. Entretanto, para a ESPNIC, a adoção de glutamina às alimentações de crianças gravemente enfermas não possui comprovação de benefício, devendo ser evitada (Singer *et al.*, 2019, Tume *et al.*, 2020)

Avaliação nutricional e acompanhamento

Durante a internação na unidade de tratamento intensivo pediátrica, o estado nutricional - antropometria, ganho/perda de peso - e os parâmetros laboratoriais- (eletrólitos, albumina, pré-albumina, níveis de proteína sérica, transferrina sérica, triglicerídeos e outros lipídios - devem ser constantemente monitorados. Quando se trata de paciente com alimentação enteral, sua tolerância deve ser corriqueiramente avaliada, visando sempre a passagem para a alimentação perioral o mais rápido possível (Kratochvíl *et al.*, 2022).

Para classificar o grau de desnutrição, a ESPEN define a desnutrição moderada por pelo menos 1 critério fenótipo - perda de 5 à 10% do peso nos últimos 6 meses ou entre 10 e 20% no período superior à 6 meses; IMC menor que 20 kg/m²; e déficit leve à moderado

de massa magra - e pelo menos 1 critério etiológico - qualquer redução da ingestão calórica abaixo do referencial energético superior à duas semanas ou má absorção e sintomas gastrointestinais leves a moderados; e doenças, lesões agudas ou relacionadas à doenças crônicas. Já a desnutrição grave, é caracterizada por pelo menos 1 critério fenótipo - perda superior a 10% nos últimos 6 meses ou superior a 20% em mais de 6 meses; IMC abaixo de 18,5 kg/m²; e déficit grave de massa magra - unido à pelo menos 1 critério etiológico - ingestão energética inferior à 50% do indicado por mais de uma semana ou má absorção e sintomas gastrointestinais graves; e doenças, lesões agudas ou relacionadas à doenças crônicas (Singer *et al.*, 2019).

Diversos pesquisadores e estudos indicam a necessidade de uma ferramenta de avaliação da desnutrição na UTIP. As mudanças de peso, ainda mais em crianças, são extremamente difíceis de avaliar, devido à administração de fluidos e à rápida perda de tecidos magros. Sendo assim, o peso e o índice de massa corporal (IMC) pode não refletir com precisão a desnutrição. Apesar do IMC ser de difícil controle, o que mais chama atenção é o desenvolvimento de sarcopenia. Pacientes obesos, ou seja, com altos índices de IMC, frequentemente se apresentam com baixíssimos índices de massa magra. A sarcopenia por si só já constitui desnutrição e, quanto maior a perda de massa magra, maior o grau de desnutrição, além das adições aos conceitos de fragilidade relacionada ao estado de incapacidade gerado pela sarcopenia e desnutrição (Singer *et al.*, 2019).

Para marcadores laboratoriais, a inflamação geralmente está apresentada por hipoalbuminemia e elevadas taxas de proteína C reativa (PCR). Marcadores isolados de pré-albumina não são bons indicadores do estado nutricional, sendo valores baixos uma resposta à inflamação (proteínas de fase aguda negativas). A albumina pode ser um marcador de gravidade da doença e refletir o estado inflamatório (Singer *et al.*, 2019).

Para estimar o gasto energético, a ESPNIC recomenda que seja realizada a calorimetria indireta (CI), que consiste em uma técnica realizada a partir do consumo de O₂ e da produção de CO₂, permitindo avaliar o metabolismo basal, efeito térmico da alimentação e a efetividade dos substratos energéticos. A medição do gasto energético em repouso usando a calorimetria indireta deve ser considerada para orientar o suporte nutricional em bebês gravemente doentes e crianças após a fase aguda (Tume *et al.*, 2020).

Quando não se há disponibilidade da calorimetria indireta, a ESPNIC recomenda que a estimativa do gasto calórico seja realizada a partir da equação de Schofield (para idade e sexo e usando um peso preciso) (Tume *et al.*, 2020).

Para além da avaliação nutricional, a Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral (ASPEN) e as Diretrizes Canadenses de Nutrição Enteral, classificaram também o risco de aspiração. Para eles, o risco aumentado de aspiração inclui incapacidade de proteger as vias aéreas, ventilação mecânica, idade acima de 70 anos, nível de consciência reduzido, cuidados bucais inadequados, relação enfermeira: paciente inadequada, posicionamento supino, déficits neurológicos, refluxo gastroesofágico, transporte para fora da UTI e uso de NE intermitente em bolus (Singer *et al.*, 2019).

O volume residual gástrico (VRG) é frequentemente utilizado nas UTIs para avaliar a alimentação entérica. O VRG é caracterizado como a aspiração de todo o conteúdo

estomacal, com o objetivo de avaliar a tolerância alimentar, pelo volume e/ou cor do aspirado. O grande receio dos profissionais de saúde é de superação do VRG padrão, ocasionando vômito e possíveis aspirações pulmonares. Entretanto, esse risco nunca foi quantificado nem em crianças nem em adultos. Ademais, diversos estudos indicam a imprecisão do método, que sofre diversas influências de viscosidade e volume, demonstrando que não é um marcador útil para o retardo do esvaziamento gástrico em crianças gravemente doentes. Inclusive, a ESPNIC deixa claro a não recomendação do uso do método de forma rotineira (Tume *et al.*, 2019-2020).

Complicações e estratégias de mitigação

Os resultados da regressão logística indicaram que diarreia (OR = 2,183, IC 95%: 2,256~4,294) e velocidade média de infusão ≤ 40 mL/h (OR = 2,605, IC 95%: 1,921~3,357) foram fatores de risco estatisticamente significativos para problemas de qualidade abaixo do padrão (Li; Wang; Chen, 2023).

As complicações associadas à nutrição enteral envolvem principalmente problemas gastrointestinais, como diarreia e aspiração, que podem propiciar uma alimentação inadequada e tempo de hospitalização aumentado. Quando um paciente apresenta diarreia, outros problemas secundários podem ser esperados, tais como um risco elevado de úlceras de pressão nas nádegas (Li; Wang; Chen, 2023).

A baixa digestão é muitas vezes uma consequência da intolerância alimentar em crianças gravemente doentes, que é mais frequentemente descrita pela presença de uma combinação de sintomas gastrointestinais, grandes volumes de resíduos gástricos, diarreia, vômitos e distensão abdominal (Eveleens *et al.*, 2020).

Para mitigar as complicações, recomenda-se a mudança do método de alimentação de bolus para alimentação contínua, a mudança para alimentação pós-pilórica e/ou a mudança da fórmula alimentar, adição de procinéticos e persistência com alimentação gástrica e por último - sendo que a ESPNIC refuta esta ação, devido à falta de evidências, interromper a alimentação enteral e iniciar a nutrição parenteral. Segundo estudo, em 79% das unidades a ação inicial em resposta a um grande volume residual gástrico foi interromper a alimentação por um período de tempo e verificar novamente o VRG, apesar da contraindicação anteriormente mencionada (Tume *et al.*, 2019-2020).

Para evitar complicações, a ESPEN recomenda a nutrição oral o mais cedo possível, a nutrição enteral precoce com taxa baixa e aumento progressivo em 48 horas se a nutrição oral não for possível, considerando o risco de complicações; com aumento progressivo regido pelos protocolos locais; a determinação do ponto de partida e dose ideais de NP (suplementar) com base no risco de complicações por via oral ou NE, estado de doença aguda e presença de sub/desnutrição prévia (Singer *et al.*, 2019)

Barreiras na implementação da nutrição enteral

Apesar da nutrição enteral ser o modo preferido de fornecimento de nutrientes em pacientes gravemente enfermos, persistem barreiras à sua implementação ideal. Uma parte considerável dos pacientes experimenta privação de nutrição enteral durante doenças

críticas devido a fatores evitáveis, dentre eles as práticas de prescrição abaixo do ideal, o atraso no início da NE e interrupções frequentes e prolongadas da alimentação enteral. O início tardio e as interrupções constituem os principais causadores da entrega de NE abaixo do ideal na UTIP (Haseeb *et al.*, 2023).

Ademais, para a ESPNIC, os procedimentos eletivos, intervenções não planejadas e exames diagnósticos que exigem jejum, também são fortes causadores da interrupção da nutrição enteral. A intolerância alimentar ou as contraindicações relacionadas ao processo da doença podem exigir o adiamento ou a interrupção da alimentação enteral na UTIP (Haseeb *et al.*, 2023, Tume *et al.*, 2020).

Além disso, diversos estudos nas mais variadas unidades de tratamento intensivo pediátrico mostraram que o fornecimento real de nutrição enteral pode ser entre 40-75% do prescrito, ou seja, muito menor do que deveria ser, isso devido à falta de protocolos de alimentação, restrição de líquidos e a interrupção da nutrição enteral em antecipação aos procedimentos (Eveleens *et al.*, 2020).

Segundo Zaher (2022), em seu estudo que contou com 244 prestadores de cuidados de saúde que trabalham em UTIs adultas e pediátricas, as barreiras percebidas mais importantes foram “Atraso na solicitação do início da nutrição enteral pelo médico” ($3,33 \pm 1,32$) e “Esperar que os nutricionistas avaliem os pacientes” ($3,22 \pm 1,20$).

Já para Alshime *et al.* (2020), em seu estudo realizado na Arábia Saudita com total de 223 profissionais de saúde da UTIP de vários ambientes de terapia intensiva, as três principais barreiras percebidas para o início da alimentação enteral foram devido à instabilidade hemodinamicamente do paciente ($M = 3,6$ e $DP = 1,70$), atrasos e dificuldades na obtenção de acesso ao intestino delgado em pacientes que não toleram outros tipos de nutrição enteral ($M = 3,4$ e $DP = 1,52$), ou restrição hídrica grave, principalmente no pós-operatório de cirurgia cardíaca ($M = 3,3$ e $DP = 1,59$).

A falta de um protocolo também é considerado uma barreira. Em um estudo, a implantação de protocolo nutricional e sistema informatizado para a equipe multiprofissional auxiliou os médicos da unidade de terapia intensiva pediátrica a gerenciar o suporte nutricional e aumentar sua atenção à nutrição (Moulet *et al.*, 2020).

Como dito anteriormente, o volume residual gástrico não é um exame considerado adequado para avaliar a nutrição enteral. Contudo, o estudo de Tume *et al.* (2020), realizado com 920 profissionais de cuidados intensivos pediátricos de 57 países evidenciou que, segundo estes profissionais, a definição de tolerância/intolerância alimentar em suas orientações incluíram volume residual gástrico em 100% dos profissionais, vômito em 67%, diarreia em 50% e aspecto abdominal em 44%. Além disso, 96% dos entrevistados apontaram que as UTIPs mediram o VRG rotineiramente como parte de sua prática padrão.

Além disso, segundo o mesmo estudo, a decisão de suspender a alimentação enteral foi geralmente tomada em relação à quantidade de volume residual gástrico em 58% dos casos e quanto à cor em 62% dos casos. A análise das diretrizes e as respostas em texto livre citaram aspirados de cor anormal com aparência verde (biliosa), vermelha (sanguinolenta) ou marrom (fecal) e, mesmo que o volume não fosse grande, os aspirados com essa aparência seriam descartados e indicariam a retenção de alimenta. Este dado

é extremamente importante, pois os maiores estudos atuais mostram que as interrupções alimentares são a principal causa da falha no alcance das metas energéticas (Tume *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nutrição enteral se mostrou extremamente eficaz no tratamento e prevenção da desnutrição no ambiente de UTI pediátrica, apesar das divergências entre as instituições, a falta de informações e as diversas outras barreiras encontradas em sua implementação correta.

A falta de ensaios clínicos robustos que justifiquem todas as recomendações das grandes entidades mundiais evidenciam a extrema necessidade de maiores estudos abordando a temática e todos seus espectros.

REFERÊNCIAS

ABUKARI, Alhassan Sibdow; ACHEAMPONG, Angela Kwartemaa. **Feeding the critically ill child in intensive care units: a descriptive qualitative study in two tertiary hospitals in Ghana.** BMC Pediatrics, v. 21, n. 1, 10 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02854-2>. Acesso em: 6 jan. 2024.

ALSOHIME, Fahad *et al.* **Barriers to the delivery of enteral nutrition in pediatric intensive care units: a national survey.** International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.12.003>. Acesso em: 6 jan. 2024.

CHIUSOLO, Fabrizio *et al.* **Management of enteral nutrition in the pediatric intensive care unit: prokinetic effects of amoxicillin/clavulanate in real life conditions.** Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, v. 23, n. 6, p. 521, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.6.521>. Acesso em: 6 jan. 2024.

EVELEENS, R. D. *et al.* **Achieving enteral nutrition during the acute phase in critically ill children: associations with patient characteristics and clinical outcome.** Clinical Nutrition, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.09.005>. Acesso em: 6 jan. 2024.

HASEEB, Mohammad *et al.* **Challenges encountered in the provision of enteral nutrition in pediatric intensive care unit: an observational study.** Cureus, 23 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.49285>. Acesso em: 6 jan. 2024.

ICHIMARU, Satomi. **Methods of enteral nutrition administration in critically ill patients: continuous, cyclic, intermittent, and bolus feeding.** Nutrition in Clinical Practice, v. 33, n. 6, p. 790-795, 20 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ncp.10105>. Acesso em: 6 jan. 2024.

KRATOCHVÍL, Milan *et al.* **Nutrition in pediatric intensive care: a narrative review.** Children, v. 9, n. 7, p. 1031, 11 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children9071031>. Acesso em: 6 jan. 2024.

LI, Meng; WANG, Ying; CHEN, Qingxiu. **Substandard feeding in children undergoing mechanical ventilation in pediatric intensive care unit: A retrospective cohort study in**

China. *Belitung Nursing Journal*, v. 9, n. 6, p. 580-585, 20 dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33546/bnj.2876>. Acesso em: 6 jan. 2024.

LITTLER, Hayley; TUME, **Lyvonne N. Is bolus or continuous enteral feeding better in critically ill children: an evidence-based review.** *Nursing in Critical Care*, 31 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12788>. Acesso em: 6 jan. 2024.

MOULLET, Clémence *et al.* **Physicians' perceptions about managing enteral nutrition and the implementation of tools to assist in nutritional decision-making in a pediatric intensive care unit.** *Australian Critical Care*, v. 33, n. 3, p. 219-227, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.003>. Acesso em: 6 jan. 2024.

SINGER, Pierre *et al.* **ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit.** *Clinical Nutrition*, v. 38, n. 1, p. 48-79, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>. Acesso em: 6 jan. 2024.

THEODORIDIS, Xenophon *et al.* **Continuous versus intermittent enteral feeding in critically ill children: a systematic review.** *Nutrients*, v. 15, n. 2, p. 288, 6 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu15020288>. Acesso em: 6 jan. 2024.

TUME, Lyvonne N. *et al.* **Gastric residual volume measurement in U.K. picus.** *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 20, n. 8, p. 707-713, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000001944>. Acesso em: 6 jan. 2024.

TUME, Lyvonne N. *et al.* **Nutritional support for children during critical illness: European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations.** *Intensive Care Medicine*, v. 46, n. 3, p. 411-425, 20 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05922-5>. Acesso em: 6 jan. 2024.

VAN GOUDOEVER, Johannes B. *et al.* **ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: amino acids.** *Clinical Nutrition*, v. 37, n. 6, p. 2315-2323, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.945>. Acesso em: 6 jan. 2024.

VAN PUFFELEN, E. *et al.* **Effect of late versus early initiation of parenteral nutrition on weight deterioration during PICU stay: Secondary analysis of the PEPaNIC randomised controlled trial.** *Clinical Nutrition*, v. 39, n. 1, p. 104-109, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.014>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ZAHER, Sara. **Barriers to delivery of enteral nutrition in intensive care settings in Saudi Arabia: a comparative study of the perceptions of health care providers working in adult and paediatric ICUs.** *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 15, p. 2357-2370, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/rmhp.s394035>. Acesso em: 6 jan. 2024.

Ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pediatria: uma revisão teórica

Jaqueline Basso Stivanin

Fisioterapeuta, Mestre e Doutora em Saúde da Criança (PUCRS) Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica HUSM/EBSEH, Santa Maria, Brasil.

RESUMO

A ventilação não invasiva (VNI) consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, evitando desta forma as complicações associadas à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Esta técnica já demonstrou ser eficaz em diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Neste estudo, se faz uma revisão dos benefícios, vantagens e limitações da VNI, interfaces utilizadas e principais técnicas na população pediátrica, indicações, contra indicações e aplicabilidade conforme avaliação do paciente. Com base na pesquisa concluímos que mais estudos são necessários para reduzir as incertezas quanto a mortalidade; nível pressórico mais adequado para cada doença; interface, momento certo para iniciar a terapia; custos; tempo gasto no manuseio e monitorização; bem como o índice de falha e sucesso da utilização de VNI.

Palavras-chave: pediatria; ventilação não invasiva; unidade de terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A ventilação não invasiva (VNI) parece ser o tratamento de escolha. Isso envolve o isolamento dos pulmões por meio de ventilação mecânica sem o uso de vias aéreas artificiais, como tubo endotraqueal ou tubo de traqueostomia. Os benefícios teóricos de melhorar a ventilação alveolar sem vias aéreas artificiais incluem evitar complicações associadas aos tubos endotraqueais, melhorar o conforto do paciente, preservar os mecanismos de defesa das vias aéreas e preservar a fala e a deglutição. A VNI também proporciona maior flexibilidade no início e na interrupção da ventilação mecânica (Zimmerman H, 1994).

A ventilação mecânica não invasiva (VNI) é definida como suporte ventilatório que não necessita de tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia para promover ventilação adequada através da interface, reduzir o trabalho respiratório, aumentar a ventilação alveolar, prevenir a fadiga dos músculos respiratórios, previne a intubação e, em alguns casos, promove a extubação precoce (Barbas *et al.*, 2014; Johnston *et al.*, 2019, Viscusi,

Terapia Intensiva Pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência

DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.2



Pacheco, 2018).

Em pediatria, a seleção e o ajuste adequado da máscara são elementos importantes na adaptação da criança à VNI. Uma máscara de tamanho inadequado e mal ajustada poderá produzir um aumento de fluxo do ventilador para tentar compensar o escape e isto provocar desconforto e intolerância da criança. (Villanueva, 2005; Teague, 2003). O uso da VNI também pode reduzir as complicações associadas ao uso de ventilação mecânica invasiva e, portanto, a morbimortalidade associada a esse suporte ventilatório mecânico (Johnston *et al.*, 2019, Viscusi, Pacheco, 2018).

O objetivo deste estudo é analisar as evidências disponíveis acerca da utilização da ventilação não-invasiva na assistência ao paciente pediátrico. Bem como a problematização é abordar sobre quais são as situações e aplicabilidade da ventilação não invasiva na população pediátrica? Ou seja, em que situações pode ser utilizada e quais as implicações de seu uso.

A tipologia de pesquisa é a pesquisa teórica, ao qual o trabalho será realizado na abordagem qualitativa, baseado em teorias e estudos de teóricos e documentos cujo tema esteja voltado para a importância das utilizações da VNI.

Justifica-se essa pesquisa pela necessidade de a equipe multiprofissional conhecer e ter evidências sobre o uso adequado da ventilação não invasiva e ter respaldo para a utilização da VNI conforme a avaliação, atendendo as necessidades dos pacientes.

DESENVOLVIMENTO

A ventilação adequada depende do equilíbrio entre a capacidade contrátil dos músculos respiratórios e necessidades individuais, bem como comandos respiratórios centrais eficazes (drive). Qualquer patologia que comprometa esse equilíbrio resulta em insuficiência ventilatória e comprometimento das trocas gasosas. Contrações anormais podem ocorrer devido à fraqueza inerente do músculo, como ocorre em pacientes com distúrbios neuromusculares ou quando os músculos são forçados a trabalhar sob condições adversas mecânica, assim como acontece em pacientes com deformidades nas costelas. O aumento da demanda pode ocorrer devido à obstrução das vias aéreas superiores e inferiores e alterações na complacência pulmão. Podem ocorrer alterações na dinâmica respiratória devido aos efeitos de medicamentos sedativos ou anormalidades congênitas (Primeiro Ministro Turkington, 2000).

Nesse contexto, a ventilação mecânica não invasiva visa melhorar a fadiga muscular e aumentar a capacidade residual funcional, reduzindo a área de atelectasia e melhorando as trocas gasosas. Portanto, é razoável desenvolver protocolos que regulamentem o uso da VNI para que as equipes possam ser apoiadas no trato com pacientes com essa condição e, assim, prestar uma ajuda melhor e mais segura.

O modo de VNI mais comumente utilizado é a ventilação, que sinaliza a entrada na UTI por um fisioterapeuta Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Com base nas Recomendações Brasileiras de Ventilação Mecânica (2014), o uso do CPAP exige a escolha de uma interface apropriada, que possa adaptar-se bem ao rosto do paciente e

utiliza interface sem compressão nasal caso o tempo de VNI seja estimado >24 a 48 horas, se a opção for CPAP com gerador de fluxo, utilizar interface com válvula PEEP, ao usar um ventilador mecânico de UTI (ventilador microprocessado), use uma máscara conectada a um circuito duplo, máscaras para uso em circuito único em ventiladores convencionais) e específicos (CPAP) (Barbas *et al.*, 2014).

A VNI com pressão positiva é o suporte ventilatório mecânico sem o uso de via aérea artificial, que fornece gás pressurizado ao sistema respiratório por meio de máscaras. Apesar de ser um procedimento que garante acesso direto as vias aéreas do paciente, a intubação orotraqueal (IOT) predispõe à ocorrência de diversas complicações, como lesão da mucosa traqueal, disfunção das cordas vocais e infecções nosocomiais (Najaf-Zadeh, Leclerc, 2011; Antonelli, Conti, 2003).

Assim, a VNI mostra-se uma alternativa segura e eficaz ao uso da VMI, apresentando as seguintes vantagens principais (Antonelli, Conti, 2003).

- Evitar as complicações relacionadas à IOT;
- Preservar os mecanismos de defesa das vias aéreas;
- Preservar a fala e a deglutição;
- Apresentar maior flexibilidade para instituir e retirar o suporte ventilatório.

A principal indicação para ventilação não invasiva são as insuficiência respiratórias, principalmente hipercapnia, embora também possa ser utilizada em certas condições hipoxêmicas.

As contraindicações incluem: cirurgia, trauma ou deformidade facial (evitando o uso de máscara); obstrução completa das vias aéreas superiores; falta de reflexo protetor das vias aéreas; hipersecreção respiratória; alto risco de aspiração brônquica (vômitos ou sangramento gastrointestinal superior); pneumotórax não drenado; insuficiência não respiratória : encefalopatia grave (Glasgow <10), sangramento gastrointestinal, arritmias cardíacas e instabilidade hemodinâmica (incluindo choque).

Tenha em mente que estas contraindicações podem ser relativas, especialmente em pessoal não treinado em intubação e em pacientes que não são candidatos à intubação. As vantagens são: não invasivo, menos desconforto e menores taxas de complicações. As desvantagens da VNI são: distensão gástrica, hipoxemia transitória e necrose da pele facial.

Quanto a escolha da interface há diferentes modelos de interfaces para a VNI. A escolha do modelo mais apropriado depende principalmente do tamanho da criança, de suas características anatômicas e da tolerância ao uso da máscara (Fratlicelli, 2009).

A escolha incorreta da interface pode levar à redução da eficiência e à falha da VNI. O paciente pode ser incapaz de tolerar o uso da máscara caso ela cause desconforto facial, lesões de pele ou escape aéreo importante (Demaret, *et al.*, 2015).

Na população pediátrica, deve-se preconizar a indicação de máscaras leves, de baixo custo, com pequeno espaço morto, escape aéreo mínimo, de fácil fixação e remoção,

não traumática, de material hipoalergênico e que conte com fixador adequado para minimizar o deslocamento (Mortamet *et al.*, 2017).

Nenhuma interface é indicada para todas as situações; por isso, preconiza-se a disponibilização de máscaras de diferentes modelos e tamanhos na unidade. Apesar da escassez de estudos, há um consenso sobre o uso de máscara nasal em crianças menores de 3 meses (Demaret *et al.*, 2015).

A máscara facial total e a oronasal, em geral, são escolhidas nas situações em que há respiração bucal significativa, como em pacientes com quadro de asma aguda e em crianças pequenas pouco cooperativas, ou quando há necessidade de uso prolongado da VNI (Elliot, 2004, Rodriguez *et al.*, 2012)

Segue resumo das vantagens e desvantagens segundo tipo de interface Mortamet e colaboradores (2017):

Nasal

Vantagens:

- Ser de fácil fixação;
- Permitir tosse, alimentação, fala e uso de chupetas;
- Não apresentar risco de aspiração;
- Ter baixo risco de claustrofobia;
- Ter pouca distensão gástrica;
- Apresentar risco reduzido de asfixia em caso de mal funcionamento do ventilador.

Desvantagens:

- Ter escape aéreo pela boca;
- Não estar indicada em respiradores orais;
- Não está recomendada em caso de obstrução nasal;
- Desencadear úlceras de pressão de pele.

Pronga nasal

Vantagens:

- Apresentar mínimo contato;
- Ser confortável.

Desvantagens:

- Não estar indicada em respiradores orais;
- Não estar recomendada em caso de obstrução nasal.

Facial (ou oronasal)

Vantagens:

- Melhorar troca gasosa;
- Melhorar a ventilação-minuto;
- Não apresentar escape aéreo pela boca.

Desvantagens:

- Apresentar risco de aspiração;
- Provocar claustrofobia;
- Gerar distensão gástrica;
- Limitar a fala e alimentação.

Facial total

Vantagens:

- Reduzir úlceras de pele;
- Ser confortável.

Desvantagens:

- Gerar distensão gástrica;
- Provocar claustrofobia;
- Aumentar espaço morto;
- Apresentar risco de aspiração.

Helmet

Vantagens:

- Permitir tosse, alimentação, fala e uso de chupeta;
- Não desencadear úlceras de pressão;
- Ter menor resistência ao fluxo;
- Apresentar melhor tolerância e altas pressões;
- Ser mais confortável.

Desvantagens:

- Aumentar espaço morto;
- Dificuldade para adaptação ao ventilador;
- Ser difícil umidificação;
- Provoca claustrofobia;
- Ser barulhenta.

O uso de umidificadores durante a VNI ainda é um assunto controverso. Entretanto, em função do risco de aumento de resistência por ressecamento de vias aéreas superiores, sua utilização deve ser considerada (Pavone *et al.*, 2013). Dois sistemas estão disponíveis para esse fim, o de umidificação ativa e o de umidificação passiva (filtros, trocadores de calor e umidades [HME]). Em geral, ambos produzem níveis similares de aquecimento e umidificação. (Rodriguez *et al.*, 2012).

Os filtros HME são frequentemente usados por causa de sua facilidade de utilização e seu favorável custo-benefício; entretanto, eles adicionam espaço morto ao circuito e podem elevar a resistência do sistema (Bello *et al.*, 2013).

Os umidificadores ativos também podem alterar a resistência e o espaço morto, assim como interferir na sensibilidade do ventilador (Pavone *et al.*, 2013). Quando comparados durante a utilização na VNI, os filtros HME estão associados a maior aumento de espaço morto e retenção de CO₂. Além disso, na presença de escape aéreo importante, os umidificadores passivos podem perder a sua eficiência. Alguns autores argumentam, ainda, que os esses últimos podem estar associados a maior assincronia paciente-ventilador (Rodriguez *et al.*, 2012).

No geral, recomenda-se iniciar a ventilação com baixas pressões, a fim de facilitar a tolerância dos pacientes (PEEP de 3 a 5cmH₂O e pressão inspiratória de 8 a 12cmH₂O acima da PEEP).³⁷ A partir daí, podem-se aumentar gradativamente as pressões até serem alcançados os níveis adequados para assegurar o volume corrente, a FR e a SpO₂ ideais (Fagundes, Martins 2018).

Existem recomendações de parâmetros iniciais, Jonathan, Fionn (2014) que devem ser individualizados para cada paciente. Embora obrigatório, nem todos os dispositivos possuem todos esses parâmetros. onde IPAP (pressão positiva inspiratória) deve ser ajustada para 12-15 cmH₂O (máximo 20), EPAP (pressão positiva expiratória) para 3-5 cmH₂O, frequência respiratória 15 rpm (uma respiração por minuto), gatilho ajustado para sensibilidade máxima e I Proporção :E (inspiração e expiração) 1:3.

Nível de consciência, movimentação da parede torácica, utilização da musculatura respiratória acessória, conforto do paciente, sincronia do esforço respiratório com o ventilador, respiração e frequência cardíaca. A resposta ao tratamento deve ser avaliada frequentemente e os parâmetros do respirador ajustados conforme necessário. Há pouca melhora após 1-2 horas de VNI e novamente após 4-6 horas se for a primeira vez. Se o pH e a PaCO₂ não melhorarem depois disso, a ventilação invasiva deve ser considerada. Deve ser monitorado continuamente, pelo menos nas primeiras 24 horas, e deve ser fornecido oxigênio suplementar para manter a SatO₂ > 24 horas. 90%. (Jonathan W, Finn B, 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste contexto conclui-se que a utilização da ventilação não invasiva é uma alternativa para a ventilar paciente pediátricos de forma segura, desde que avaliada as indicações, contraindicações e aplicabilidade conforme avaliação do paciente.

Com base na pesquisa concluímos que mais estudos são necessários para reduzir

as incertezas quanto a mortalidade; nível pressórico mais adequado para cada doença; interface, momento certo para iniciar a terapia; custos; tempo gasto no manuseio e monitorização; bem como o índice de falha e sucesso da utilização de VNI.

REFERÊNCIAS

ANTONELLI M, CONTI PG. **New advances in the use of noninvasive ventilation for acute hypoxaemic respiratory failure.** Eur Respir J. 2003 Aug;42:65s–71s.

BARBAS CS, *et al.* **Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** 2014; 26(2):89-121

BARBAS CS, ISOLA AM, FARIAS AM, CAVALCANTI AB, GAMA AM, DUARTE AC, *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).** Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(2):89-121. PMID:25028944.

BELLO G, DE PASCALE G, ANTONELLI M. **Noninvasive ventilation: practical advice.** Curr Opin Crit Care. 2013 Feb;19(1):1–8.

DEMARET P, MULDER A, LOECLX I, TRIPPAERTS M, LEBRUN F. **Non-invasive ventilation is useful in paediatric intensive care units if children are appropriately selected and carefully monitored.** Acta Paediatr. 2015 Sep;104(9):861–71.

ELLIOT MW. **The interface:** crucial for successful noninvasive ventilation. Eur Respir J. 2004 Jan;23(1):7–8.

FAGUNDES BS, MARTINS BSMC. **Ventilação não invasiva em emergência pediátrica.** In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Schivinski CIS, Ribeiro SNS, organizadoras. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 39–67. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

FRATICELLI AT, LELLOUCHE F, L'HER E, TAILLÉ S, MANCEBO J, BROCHARD L. **Physiological effects of different interfaces during noninvasive ventilation for acute respiratory failure.** Crit Care Med. 2009 Mar;37(3):939–45.

JOHNSTON C, BARBOSA AP, HORIGOSHI NK, ZANETTI NM, MELO APL, Barcellos PG, *et al.* **Ventilação não invasiva com pressão positiva – VNIPP.** In: I Consenso de Ventilação Pulmonar Mecânica em Pediatria/Neonatal [Internet]; 2015; São Paulo. Anais. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2015 [cited 22 jul 2019]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Consenso-ventilacao-pulmonar-mecanica-em-pediatria-VNIPP.pdf

JONATHAN Wyatt, FIONN Bellis. **British Thoracic Society Standards of Care Committee BTS Guideline:** Non invasive ventilation in acute respiratory failure. Thorax 2002;57(3):192-211

MORTAMET G, AMADDEO A, ESSOURI S, RENOLLEAU S, EMERIAUD G, FAUROUX B. **Interfaces for noninvasive ventilation in the acute setting in children.** Paediatr Respir Rev. 2017 Jun;23:84–8

NAJAF-ZADEH A, LECLERC F. **Noninvasive positive pressure ventilation for acute respiratory failure in children:** a concise review. Ann Intensive Care. 2011 May;1(1):15

PAVONE M, VERRILLA E, ULLMANN N, CRUTRERA R. **Non-invasive positive pressure ventilation in children.** *Early Hum Dev.* 2013 Oct;89 Suppl:S25–31.

RODRIGUEZ AME, SCALA R, SOROKSKY A, BAHAMMAM A, DE KLERK A, VALIPOUR A, *et al.* **Clinical review: humidifiers during non-invasive ventilation: key topics and practical implications.** *Crit Care.* 2012 Feb;16(1):203–9.

TEAGUE WG. **Noninvasive ventilation in the pediatric intensive care unit for children with acute respiratory failure.** *Pediatr Pulmonol* 2003; 35 (6): 418-426
Turkington PM, Elliot MW. Rationale for use of non-invasive ventilation in chronic ventilatory failure. *Thorax* 2000;55(5):417-23.

VILLANUEVA AM, PRIETO SE, SOLAS MLA, GALÁN CR, TORRE AC, CUERVO SM, HERNÁNDEZ MC. **Aplicación de ventilación no invasiva em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos.** *An Pediatr* 2005; 62 (1): 13-19.

VISCUSI CD, Pacheco GS. **Pediatric emergency noninvasive ventilation.** *Emerg Med Clin North Am.* 2018;36(2):387-400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2017.12.007> PMID:29622329.
» <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2017.12.007>

ZIMMERMAN H, SWISHER J, WARAVDEKAR N, REEVES-HOCHE MK, BLOSSER S. **Effect of clinical setting on incidence of complications of endotracheal intubation in critically ill patients.** *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:A77.

*Artigo publicado em Revista Sociedade Científica, v. 6, p. 2509-2519, 2023. ISSN: 2595-8402. DOI: 10.61411/rsc55997.

Diferentes escalas de avaliação da dor em pediatria

Different pain assessment scales in pediatric

Jaqueline Basso Stivanin

Fisioterapeuta e Doutora em Saúde da Criança (PUCRS)

Jaquiele Jaciara Kegler

Enfermeira e Doutora em Enfermagem (UFSM)

Leticia do Nascimento

Enfermeira e Mestre em Enfermagem (UFSM)

RESUMO

A dor em crianças é uma realidade muitas vezes subestimada e mal interpretada, tornando a avaliação adequada um desafio significativo. A aplicação integrada de escalas de avaliação da dor, em conjunto com demais estratégias, auxilia no sucesso do manejo da dor na pediatria. O objetivo geral do trabalho é aprimorar as práticas fisioterapêuticas na avaliação da dor pediátrica. Para isso, o estudo foi feito por meio de uma pesquisa bibliográfica extensiva, explorando as melhores práticas existentes, evidências científicas e abordagens inovadoras na área. Foi observado que há necessidade de implementação de estratégias que abordem o uso de escalas de avaliação da dor em conjunto com a análise de aspectos emocionais, sociais e cognitivos do paciente. A escala multifacetária da dor requer cuidados multidisciplinares de uma equipe de profissionais de saúde. Concluímos que a adaptação da abordagem de avaliação à idade e ao nível de desenvolvimento da criança é essencial para obter informações precisas sobre a dor.

Palavras-chave: escalas de dor; fisioterapeuta na pediatria; multidisciplinariedade na avaliação da dor.

INTRODUÇÃO

A dor em crianças é uma realidade muitas vezes subestimada e mal interpretada, tornando a avaliação adequada um desafio significativo. No contexto da fisioterapia pediátrica, a avaliação da dor se destaca como uma ferramenta crucial para compreender e tratar eficazmente o desconforto infantil (Sedrez; Monteiro, 2019).

As escalas de dor desempenham um papel fundamental na

Terapia Intensiva Pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência

DOI: 10.47573/aya.5379.2.281.3



prática dos fisioterapeutas, sendo ferramentas essenciais na avaliação da dor pediátrica ao considerar as singularidades de cada criança com o devido cuidado. A aplicação integrada dessas escalas, em conjunto com demais estratégias, auxilia no sucesso do manejo da dor, contribuindo significativamente para o bem-estar das crianças em diversas situações clínicas (Cordeiro; Costa, 2016).

Dentro dessa perspectiva, o interesse pelo tema surgiu a partir da percepção da complexidade e a necessidade de aprimorar as abordagens fisioterapêuticas na avaliação da dor em crianças. Estratégias de comunicação visual e linguagem adaptada à idade da criança podem otimizar a compreensão e expressão da dor. Além disso, a integração de escalas de avaliação de dor específicas para diferentes faixas etárias pode contribuir para uma mensuração mais precisa.

De modo a testar as hipóteses propostas, com o objetivo de aprimorar as práticas fisioterapêuticas e dos profissionais da saúde na avaliação da dor pediátrica, buscou-se através de uma revisão crítica de métodos de avaliação existentes, o desenvolvimento de abordagens adaptadas à idade e a aplicação de estratégias inovadoras na prática clínica.

Essa pesquisa torna-se relevante, uma vez que uma avaliação eficaz da dor em crianças não apenas melhora o conforto do paciente, mas também contribui para intervenções terapêuticas mais direcionadas, promovendo resultados mais positivos.

Quanto à metodologia, este trabalho baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, explorando as melhores práticas existentes, evidências científicas e abordagens inovadoras na área.

A estrutura do trabalho reflete uma progressão lógica de ideias. Em um primeiro momento, foi abordada a compreensão da dor em pediatria, seguido por uma revisão crítica das escalas de avaliação existentes. Na sequência serão apresentadas estratégias de comunicação adaptadas e a importância da personalização das abordagens conforme a idade. Finalmente, foram apresentadas as conclusões e recomendações práticas para fisioterapeutas na avaliação da dor pediátrica.

DESENVOLVIMENTO

O estudo foi feito por meio de uma pesquisa bibliográfica, onde os materiais selecionados para a discussão foram derivados de bases de dados como: *National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Google acadêmico. A pesquisa abrangeu as bibliografias disponíveis em relação ao tema de estudo nos últimos 10 anos, principalmente constadas em revistas, livros, monografias e teses, e selecionadas com base na similaridade ao tema escolhido. Os seguintes descritores foram utilizados: Avaliação da dor; Dor em pediatria; Fisioterapeuta na avaliação da dor.

Os resultados deste estudo demonstram que a avaliação da dor em pediatria é uma prática clínica de fundamental importância, uma vez que a percepção da dor em crianças pode ser complexa, muitas vezes subestimada ou mal interpretada. A compreensão precisa e abrangente da dor em crianças não apenas contribui para o entendimento da condição clínica, mas também desempenha um papel crucial no asseguramento do conforto da

criança e na orientação de um tratamento eficaz.

A avaliação da dor muitas vezes demanda uma abordagem interprofissional. A colaboração entre médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas proporciona uma compreensão abrangente da dor e a implementação de estratégias de manejo eficazes. A avaliação da dor em pediatria por fisioterapeutas é uma parte crucial do cuidado infantil, especialmente em casos de condições musculoesqueléticas, traumas e cirurgias (Guedes *et al.*, 2016).

Em Pediatria, o gerenciamento da dor envolve a avaliação de vários fatores, já que os pacientes apresentam dificuldade em definir o local e a intensidade da dor. Devem ser considerados a agitação, avaliação da expressão facial em Neonatologia, alterações de frequência cardíaca, respiratória e fisiológica. Além disso, a avaliação dos pais e acompanhantes confere elementos importantes a respeito do quadro de seus entes. Diante de tais questões, o uso de escalas favorece o processo de avaliação de dor (Santos MZ, *et al.*, 2012).

A comunicação eficaz é fundamental. O fisioterapeuta precisa adaptar sua comunicação conforme a idade e o nível de desenvolvimento da criança, utilizando linguagem apropriada e técnicas visuais para garantir uma compreensão adequada e permitir que a criança expresse sua experiência dolorosa (Guedes *et al.*, 2016).

Para trazer precisão na avaliação, a situação ideal seria utilizar uma única escala de avaliação da dor em cada serviço. Porém, pode haver a necessidade de utilizar mais de um instrumento – conforme a idade do paciente atendido na unidade e o perfil da criança (Silva *et al.*, 2010).

Observações detalhadas sobre a função motora, avaliações palpatórias e consideração de fatores psicossociais enriquecem a compreensão do fisioterapeuta sobre a experiência da dor. Avaliações regulares durante o tratamento são essenciais, observando a resposta da criança às intervenções. Durante o tratamento fisioterapêutico, é essencial realizar avaliações regulares para observar a resposta da criança às intervenções. A melhoria na função e a redução da dor tornam-se indicadores cruciais de eficácia, permitindo ajustes no plano de tratamento conforme necessário (Silva; Silva, 2006).

A dor é um fenômeno complexo, e o fisioterapeuta deve considerar fatores psicossociais que podem influenciar a experiência da dor. Isso inclui avaliar o ambiente familiar, o suporte emocional disponível e a adaptação psicológica da criança à condição, fornecendo uma compreensão mais abrangente do contexto (Silva; Silva, 2006).

Como ferramenta facilitadora, principalmente na pediatria, as escalas de avaliação de dor são incorporadas ao processo. Estas devem ser apropriadas à idade, como escalas de rostos, escalas de classificação numérica ou outras ferramentas validadas. Isso pode ajudar a quantificar a intensidade da dor de forma objetiva. A escolha da escala pode depender da idade da criança, da sua capacidade de comunicação e do contexto clínico. Desse modo, algumas das escalas mais comumente utilizadas estarão abordadas mais profundamente na sequência (Santos; Maranhão, 2016).

Escalas de avaliação da dor em pediatria

Escala de Faces (*Faces Pain Scale*)

Esta escala é especialmente útil em crianças mais jovens ou aquelas com dificuldade em expressar-se verbalmente. Os rostos representam uma gama de expressões faciais, variando de uma face feliz (sem dor) a uma face extremamente angustiada (dor máxima possível). A associação numérica permite à criança indicar o rosto que melhor representa sua experiência dolorosa (Santos; Maranhão, 2016).

Escala de *Wong-Baker*

Similar à Escala de Rostos, a Escala de Wong-Baker incorpora desenhos de faces sorridentes para denotar diferentes níveis de dor. A escala varia de zero (sem dor) a dez (dor insuportável). A criança seleciona a face que mais se alinha com sua experiência, proporcionando uma avaliação subjetiva da intensidade da dor (Oliveira *et al.*, 2014).

Escala de classificação numérica (*Numeric Rating Scale - NRS*)

A NRS oferece uma abordagem mais quantitativa, onde a criança atribui um valor numérico à sua dor em uma escala de 0 a 10. O zero representa ausência de dor, enquanto o dez indica dor máxima. Essa escala fornece uma medida numérica que pode ser rastreada ao longo do tempo (Martins; Couto; Gama, 2015).

Escala visual analógica (*Visual Analog Scale - VAS*)

Na VAS, a criança marca um ponto em uma linha contínua para indicar a intensidade da dor. O extremo esquerdo representa “sem dor”, enquanto o extremo direito representa “dor insuportável”. Essa escala oferece uma representação visual contínua da intensidade da dor (Martins; Couto; Gama, 2015).

Facial *Action Coding System (FACS)*

Projetada para crianças mais jovens, essa escala utiliza expressões faciais codificadas para avaliar a dor, além de temperatura e coloração da pele. Os fisioterapeutas observam as expressões da criança para determinar a intensidade da dor, proporcionando uma abordagem visual e prática para avaliação em crianças que podem não ter as habilidades verbais totalmente desenvolvidas (Melo; Pettengil, 2010).

Escala de avaliação da dor em neonatos e bebês (*Neonatal Infant Pain Scale - NIPS*)

Especificamente desenvolvida para neonatos e bebês, a NIPS avalia diversos indicadores de dor, como expressões faciais, movimento de membros, choro e padrão de sono. Essa escala considera as características específicas da resposta à dor em recém-nascidos (Cordeiro; Costa, 2014).

Escala de dor de FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

Destinada a crianças pré-verbais ou não comunicativas, a escala FLACC avalia a

criança em cinco categorias, atribuindo uma pontuação total para determinar a intensidade da dor. Observações incluem expressões faciais, movimento de pernas, atividade geral, choro e capacidade de consolação (Bortolini *et al.*, 2016).

Escala numérica visual (ENV)

Uma abordagem linear, onde a criança atribui um valor numérico à sua dor, proporcionando uma medida quantitativa da intensidade. Essa escala é útil em contextos onde uma representação gráfica mais simples é preferida (Reis *et al.*, 2021).

Estratégias para melhorias na avaliação da dor em pediatria

A abordagem de avaliação deve ser adaptada cuidadosamente à idade e ao nível de desenvolvimento da criança, reconhecendo a diversidade de expressão e comunicação em diferentes faixas etárias. O uso de ferramentas específicas para cada grupo etário é essencial para garantir uma avaliação mais precisa e confortável para a criança, promovendo assim uma interação mais eficaz entre o profissional de saúde e o paciente pediátrico (Silva; Silva, 2006).

Alguns autores referem a importância do uso de medidas não medicamentosas ou comportamentais para o alívio da dor e manejo não farmacológico. Entre elas, é possível citar: a mudança de decúbito, a massagem, a sucção não nutritiva, o banho de imersão, a glicose oral e o enrolamento. (Amaral *et al.*, 2014).

Para crianças mais velhas, escalas como a Escala Numérica Visual, Escala de Rostos ou Escala de Faces de Wong-Baker possibilitam expressar a intensidade da dor. Para crianças mais jovens, a observação do comportamento, resposta à palpação e escuta atenta dos pais são cruciais, proporcionando uma visão holística da dor na criança (Santos; Maranhão, 2016).

A escuta atenta dos pais ou cuidadores é uma ferramenta valiosa na obtenção de informações sobre a dor em crianças mais jovens, que podem ter dificuldade em se comunicar efetivamente. Detalhes relacionados a mudanças no comportamento, padrões de sono e expressões faciais indicativas de dor enriquecem significativamente a compreensão da equipe de saúde. Essa abordagem não apenas fortalece a relação entre profissional de saúde e paciente, mas também fornece informações detalhadas sobre a natureza, duração e fatores desencadeantes da dor, orientando a elaboração de estratégias de tratamento personalizadas (Sedrez; Monteiro, 2019).

Um estudo realizado com enfermeiras atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) concluiu que a avaliação da dor está diretamente relacionada à interação entre o profissional, a criança e a família, e que fatores subjetivos deste profissional podem influenciar no processo. Também apontou que a sensibilização da equipe de Enfermagem na avaliação da dor pode otimizar o tratamento nas UTIs (Viana *et al.*, 2006).

A abordagem multidimensional é essencial, considerando aspectos emocionais, sociais e cognitivos associados à dor, especialmente em casos crônicos. A reavaliação regular da dor é crucial, permitindo ajustes conforme necessário, considerando não apenas a dor física, mas também o contexto clínico mais amplo. Em resumo, a avaliação da dor em

pediatria deve ser sensível, individualizada e centrada na criança, integrando ferramentas específicas, observação atenta e uma abordagem multidimensional (Sedrez; Monteiro, 2019).

As escalas de dor desempenham papel fundamental, oferecendo uma abordagem sistemática que considera não apenas a intensidade, mas também se adapta às singularidades de cada paciente infantil. A escolha cuidadosa da escala, baseada na faixa etária, capacidade de comunicação e contexto clínico, é crucial para a gestão eficaz da dor pediátrica. A personalização na seleção da escala visa obter informações precisas de forma compreensível e confortável, contribuindo significativamente para o bem-estar das crianças em diversas situações clínicas (Ulisses *et al.*, 2017).

O contexto clínico e as necessidades específicas do paciente também desempenham um papel crucial na decisão da escala a ser utilizada. Em situações onde uma representação visual é mais eficaz, escalas que utilizam rostos ou expressões faciais, como a Escala de Rostos, podem ser preferíveis. Em contraste, situações que demandam uma avaliação mais objetiva podem se beneficiar de escalas numéricas (Melo; Pettengil, 2010).

O nível de desenvolvimento cognitivo da criança é um componente crucial na escolha da escala de dor. Crianças mais velhas podem compreender escalas mais complexas, enquanto as mais jovens podem se beneficiar de abordagens visuais simples. Além disso, levar em consideração as preferências individuais da criança, como a familiaridade com uma escala específica, contribui para uma abordagem mais personalizada e confortável (Cordeiro; Costa, 2014).

Em síntese, a seleção da escala de dor deve ser altamente personalizada, considerando as características únicas da criança e o contexto clínico. O objetivo é obter informações precisas sobre a intensidade da dor de uma maneira compreensível e confortável, promovendo assim uma gestão eficaz da dor infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a adaptação da abordagem de avaliação à idade e ao nível de desenvolvimento da criança é essencial para obter informações precisas sobre a dor. O uso de escalas específicas para diferentes faixas etárias demonstrou ser uma estratégia valiosa nesse sentido. A comunicação direta com crianças mais velhas por meio de escalas verbais mostra-se eficaz para capturar nuances na intensidade e localização da dor.

A observação do comportamento, especialmente em crianças mais jovens, permanece como uma ferramenta crucial na avaliação da dor. Sinais como agitação, recusa alimentar e alterações nos padrões de sono complementam significativamente a análise. A escuta ativa dos pais é incentivada para enriquecer a compreensão da equipe de saúde sobre a dor da criança, integrando suas observações na avaliação holística. Quanto às escalas de dor, a escolha cuidadosa deve considerar a faixa etária, capacidade de comunicação e contexto clínico da criança, sendo a integração de diferentes escalas uma estratégia para uma avaliação mais refinada e sensível.

Quanto aos profissionais envolvidos, especialmente os fisioterapeutas, o treinamento

contínuo sobre a aplicação e interpretação correta das escalas deve ser implementado. A sensibilização para a importância da avaliação holística deve ser enfatizada, bem como a colaboração interprofissional entre fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e psicólogos para uma compreensão abrangente da dor.

Conclui-se que uma abordagem multidimensional, considerando aspectos emocionais, sociais e cognitivos associados à dor, é essencial. As escalas devem ser complementadas por uma avaliação abrangente para uma compreensão completa do impacto da dor na vida da criança.

REFERÊNCIAS

AMARAL JB, RESENDE TA, CONTIM D, Barichello E, *et al.* **The nursing staff in the face of pain among preterm newborns.** Esc Anna Nery. 2014;18(2):241–6. doi: 10.5935/1414-8145.20140035

BORTOLINI, M. P. *et al.* **Bloqueio ilioinguinal e ílio-hipogástrico em anestesia pediátrica: comparação da analgesia entre as técnicas de visualização direta e a guiada por ultrassom.** Revista da AMRIGS, v. 60, n. 4, p. 279-399, 2016.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. **Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido:** uma construção coletiva da enfermagem. Texto Contexto Enferm., v. 23, n. 1, p. 185-192, 2014.

GUEDES, D. M. B., *et al.* **Avaliação da dor em crianças hospitalizadas.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.16, n.2, p 68-74, 2016.

MARTINS, P. C.; COUTO, T. E.; GAMA, A. C. C. **Avaliação perceptivo-auditiva do grau de desvio vocal:** correlação entre escala visual analógica e escala numérica. CoDAS, v. 27, n. 3, p. 279-284, 2015.

MELO, L. R.; PETTENGILL, M. A. M. **Dor Na Infância:** Atualização quanto à avaliação e tratamento. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.10, n.2, p.97-102, 2010.

OLIVEIRA, A. M. *et al.* **Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale:** linearidade, discriminabilidade e amplitude. Revista de Enfermagem, v. 4, n. 3, p. 121-130, 2014.

REIS, I. de F. A. dos *et al.* **Fatores preditivos da neuropatia diabética em idoso atendidos na atenção primária.** Revista de Enfermagem Referência, v. 5, n. 7, e20148, 2021.

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

Santos, M.Z, Kusahara DM, Pedreira MLG. **Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança.** Rev Esc Enferm USP. 2012;46(5):1074–81. doi: 10.1590/S0080-62342012000500006

SILVA LDG, TACLA MTGM, ROSSETTO EG. **Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada.** Esc Anna Nery. 2010;14(3):519–26. doi: 10.1590/S1414-81452010000300013

SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. da. **Dor em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 279 p.

SEDREZ, E. da S.; MONTEIRO, J. K. **Avaliação da dor em pediatria**. Rev Bras Enferm., v. 73, n. 4, 2020.

ULISSES, L. de O., *et al.* **O manejo da dor em crianças percebido pela equipe de enfermagem**. Rev. Enferm., v. 25, p. 1-7, 2017.

VIANA DL, DUPAS G, PEDREIRA MLG. **A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva**. Pediatr. 2006:251–61.

Expectativa dos pais de crianças com patologias neurológicas em relação à fisioterapia

Maire Levandowski

Gerlei Garcia

Eduardo Ventura Pereira Lima

Marcelo Pereira Vargas

Eduardo Ripoll de Medeiros

RESUMO

O presente trabalho tem os objetivos de analisar as expectativas dos pais, que tem filhos com doenças neurológicas, em relação à fisioterapia, avaliar o conhecimento dos pais sobre a patologia, prognóstico e atividades funcionais de seus filhos e analisarse o fisioterapeuta frente às patologias neurológicas emite o prognóstico e profere as orientações para evolução motora e independência funcional da criança. **Materiais e métodos:** a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, descritiva e possui uma amostra intencional que é composta por 18 sujeitos de ambos os sexos, cujos filhos tem doenças neurológicas e realizam fisioterapia no Centro de Reabilitação em Fisioterapia e Fonoterapia de Giruá, RS no ano de 2012. Para a coleta dos dados foi elaborado e validado um questionário. Os resultados sugerem que os pais são orientados pelos fisioterapeutas quanto às condutas e as potencialidades dos seus filhos; no referente à patologia a maioria possui bom conhecimento e grande parte dos pais tem boas expectativas em relação aos benefícios, principalmente motores, que a fisioterapia pode favorecer aos seus filhos pois, a maioria relatou melhora das crianças após o início do tratamento.

Palavras-chave: expectativas; pais; filhos; fisioterapia; neurológicos.

ABSTRACT

The presentwork has the objective of analyzing the expectations of parents who have children with neurologic disease, in relation to physiotherapy, evaluate parents' knowledge about the disease, prognostic and functional activities of their children and analyze physiotherapist forward the pathologies issuing prognostic and gives guidelines for motor evolution and functional independence of the child. **Materials and methods:** the research is characterized as qualitative, descriptive and possesses an intentional sample which is composed of 18 subjects of both sexes, whose children have neurological diseases and perform physical therapy at the Rehabili-



tation Centre for Physiotherapy and Speech Therapy of Girua, in RS year 2012. To collect the data was elaborate and validated a questionnaire. The results suggest that parents are guided by physiotherapists regarding conduct and the potentialities of their children, with regard to the pathology most has good knowledge and the most part of parents have high expectations regarding the benefits, mainly engines, that physiotherapy can support their children because most of the children reported improvement after treatment initiation.

Keywords: expectations; parents; children; physiotherapy; neurological.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança diferente da esperada, portadora de deficiência, é traumático e desestruturador. Interrompe o equilíbrio familiar, todos os membros são afetados, o impacto é imenso e sua extensão indeterminada. O casal cria expectativas, projeta em seus filhos anseios e desejos, esperando que se realizem tudo o que haviam sonhado para si (Petean; Neto, 1998). A forma como é transmitida a notícia de deficiência no filho pode ter influência decisiva nas reações vivenciadas pelos pais.

O momento do diagnóstico deixa os pais confusos e sem orientação adequada, interferindo em sua vinculação com o bebê com deficiência e, sobretudo, no que diz respeito às falsas expectativas, influenciando o processo de aceitação ou rejeição do filho real (Lemes; Barbosa, 2004).

Expectativas positivas ou negativas quanto ao desenvolvimento e futuro do filho podem ser influenciadas pelo entendimento das informações passadas, prejudicando em algum momento, o oferecimento dos recursos especializados necessários ao bom desenvolvimento da criança. É de suma importância a compreensão que os pais apresentam sobre as causas do problema e principalmente as consequências advindas dele (Petean; Murata, 2000).

A família passa por um processo de superação até que aceite a criança com deficiência e institua um ambiente familiar propício para a inclusão desta criança. Mesmo depois do impacto inicial, a presença de uma criança especial exige que o sistema se organize para atender as necessidades excepcionais. Esse processo pode durar dias, meses ou anos e mudar o estilo de vida da família, seus valores e seus papéis. A flexibilidade com que a família irá lidar com a situação depende das experiências prévias aprendizado e personalidades de seus membros (Dantas *et al.*, 2010).

A família tem um papel fundamental para o desenvolvimento da criança. O papel dos pais de uma criança deficiente é complexo e amplo. Eles necessitam receber o diagnóstico de um profissional de forma compreensível, com palavras de conforto quanto aos sentimentos de culpa, incerteza e medo. Os pais têm direito a uma explicação de maneira mais completa e apropriada a sua compreensão e experiência a respeito do diagnóstico de seu filho, pois é comum entre os profissionais o uso de terminologias difíceis e complicadas (Ferrari; Morete, 2004).

As manifestações de expectativas da família em relação ao tratamento

fisioterapêutico devem ser consideradas a luz do prognóstico da criança. O fato de a maioria das expectativas serem direcionadas a independência da criança pode estar relacionado com a condição de os pais não terem sido esclarecidos suficientemente pela equipe de saúde quanto às limitações, ou ainda ao fato de estarem emocionalmente em processo de aceitação e negação da patologia da criança (Gondin *et al.*, 2009).

Diante do exposto este trabalho tem como objetivos averiguar as expectativas dos pais sobre o tratamento fisioterapêutico de crianças com doenças neurológicas e investigar se os fisioterapeutas frente às patologias neurológicas emitem o prognóstico e proferem as orientações para a evolução motora e independência funcional das crianças.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A espera de um filho gera, em muitas famílias, expectativas para receber uma criança inteligente, produtiva, integrada e que seja, acima de tudo, saudável e perfeita fisicamente. Caso contrário, o surgimento de alterações físicas e/ou mentais são situações nas quais ninguém está preparado (Godin *et al.*, 2009).

A notícia de uma criança com alterações é recebida com perplexidade pelos pais. Sua reação passa pelos estágios de negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, a qual nem sempre ocorre. Estes também se utilizam de mecanismos de enfrentamento como o afastamento e o sentimento de culpa (Kenner; Reichmann, 2001).

Os pais projetam uma criança em suas mentes e desde o princípio da gravidez, fantasiam sobre o sexo do bebê, o desempenho na escola, a carreira e a orientação sexual que irão ter. O lugar da criança na família é determinado pelas expectativas que os progenitores têm sobre ela. A decisão de ter um filho se relaciona diretamente com a realização de desejos dos pais, das suas necessidades e com as gratificações e recompensas que a criança poderá lhes trazer (Fiamenghi; Messa, 2007).

De fato, como apontam estudos e reflexões, frente ao nascimento de uma criança com deficiência o estado psíquico vivido pela família é o de perda, de morte, “morte” do filho desejado e idealizado, fazendo-se necessário, para que se torne possível receber o filho real, viver o processo de luto por aquele filho “perdido”. As contingências individuais e interindividuais, assim como a própria dinâmica familiar, definem de alguma forma a maneira e o tempo de elaboração desse luto, bem como as reações com isso relacionadas (Lemes; Barbosa, 2007).

O momento do diagnóstico inaugura uma nova fase para os pais, tendo em vista que a partir da confirmação da deficiência, estes terão de se adaptar a essa realidade. Sentimentos de choque, tristeza, depressão, luto, medo e negação são frequentes a descoberta da deficiência. O diagnóstico será questionado inúmeras vezes, o bebê se tornara um cliente frequente nos consultórios e hospitais, pois pais precisam ter certeza da condição irrecuperável ou das possibilidades de reabilitação da deficiência (Sanchez *et al.*, 2011).

No primeiro estágio de impacto ou choque, a família terá que enfrentar a realidade decorrente do diagnóstico, mantendo as atividades habituais. Os estágios seguintes

consistem na reorganização e na integração dessa criança no seio familiar, com suas limitações e adaptações, tentando preservar a rotina familiar e a integridade com os demais membros da família (Dantas *et al.*, 2010).

Quando um membro da família adocece ou apresenta uma deficiência, os demais membros também “adoecem” e a família passa por uma crise. Existem mudanças pelas quais a família inteira pode passar em consequência do nascimento de uma criança com deficiência, não apenas a criança sofre com as consequências da lesão, mas também todo o ciclo familiar e a rede de relações que estabelece (Costa, 2007).

As orientações devem ajudar os pais a perceber quais as necessidades reais e porque elas existem em seus filhos. Assim, a partir desse conhecimento, eles podem se sentir motivado a ter uma participação mais efetiva no tratamento. Certamente quanto mais eles conhecem sobre seus filhos, mais querem estar envolvidos na busca de uma melhor condição de vida para eles e para si próprios (Lopes, 2002).

Os pais ou responsáveis por crianças com deficiência, por sua vez, também se tornam pessoas com necessidades especiais: eles precisam de orientação e principalmente, de acessos a grupos de apoio. Na verdade, são eles que intermediarão a integração ou inclusão de seus filhos junto à comunidade (Maciel, 2000).

O terapeuta é o mediador mais habilitado a orientar contanto que ele tenha, previamente, um bom entendimento das condições emocionais dos familiares e da criança. A relação entre terapeuta esta intimamente ligada a adaptação com a situação da deficiência. Dessa maneira a família se apoia nessa relação, o que conseqüentemente leva a criança a estar cada vez mais sendo estimulada a independência e a torna capaz de viver situações sociais diferenciadas (Ortiz; Favaro, 2004).

Os profissionais da saúde nem sempre se encontram preparados para transmitir o diagnóstico de deficiência à família, o que torna esse momento traumatizante para os pais. O desamparo enfrentado pelos pais pode ser minorado se forem utilizadas maneiras mais adequadas de informar o diagnóstico de deficiência do filho (Barbosa; Gomes, 2008).

A falta de esclarecimento sobre o problema vigente ou suspeita do diagnóstico para os pais, propicia momentos de angústia, medo do desconhecido e fragilidade diante da situação a ser enfrentada (Ferrari; Morete, 2004).

É necessário, ainda, que a família construa conhecimentos sobre as necessidades especiais de seus filhos, bem como construa padrões de enfrentamento dos sentimentos e das necessidades de cada membro e do grupo como um todo, na tomada de decisões e na busca dos recursos para seu bem estar. É importante também que os profissionais desenvolvam relações interpessoais saudáveis e respeitadas, garantindo assim maior eficiência no alcance de seus objetivos (Gondin; Carvalho, 2009).

Os programas de fisioterapia se concentram na manutenção da flexibilidade, promoção de força, facilitação das habilidades funcionais, tais como sentar ou andar, e promoções de padrões normais de movimento. Além destes, os objetivos de tratamento normalmente proporcionados a estas crianças são: focar e induzir o desenvolvimento motor e promover a independência na mobilidade, auto cuidado e atividades de lazer. Estes

objetivos podem ser alcançados por meio de aquisição de habilidades do paciente e/ou por intermédio de tecnologia assistida que se refere a equipamentos para auxiliar pessoas com dificuldades no desempenho de suas atividades, são as órteses (Nunes, 2007).

O papel do terapeuta ocupacional e do fonoaudiólogo é muito importante como complemento ao atendimento fisioterapêutico. Muitas vezes, a criança necessita de atendimento fonoaudiólogo, psicopedagógico, psicológico, oftalmológico, ortopédico e, sem dúvida nenhuma, necessita de importante suporte pediátrico (Rotta, 2002).

Estudos demonstram que apesar da boa vontade e da compreensão quanto aos benefícios que a terapia pode trazer para o seu filho, muitos pais enfrentam problemas sérios ao procurar seguir o programa de tratamento. Referem ainda a importância do terapeuta em ser perspicaz a essas circunstâncias familiares, bem como as convicções e as expectativas dos pais.

O terapeuta deverá adaptar-se a fim de atendê-las ao invés de considerar os pais inadequados ou desinteressados. A boa técnica não é suficiente para ser competente. É necessário também que se mostre sensível diante das necessidades e das circunstâncias de vida das famílias. O fato de um terapeuta não avaliar a condição dos familiares a não adesão ao tratamento poderá simplesmente fazê-los ampliar as faltas e não seguir as orientações sugeridas em sala de atendimento (Ortiz; Favaro, 2004).

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização da pesquisa

O estudo caracteriza-se como quantitativo e descritivo.

População e Amostra

A população compõe-se por sujeitos de ambos os sexos, pais ou mães que possuíssem filhos com problemas neurológicos que realizaram atendimento fisioterapêutico no ano de 2012, no Centro de Reabilitação em Fisioterapia e Fonoterapia de Giruá/RS.

A amostra intencional foi constituída por 18 mães que tem filhos com patologias neurológicas que realizaram atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação em Fisioterapia e Fonoterapia de Giruá/RS no ano de 2012.

Procedimentos

Inicialmente elaborou-se um questionário semiestruturado contendo 20 questões abertas e fechadas (anexo 1). Após, submeteu-se à análise para validação por três especialistas na área, que emitiram os pareceres sobre cada questão conferindo validade ao mesmo. Então, solicitou-se a permissão ao Centro de Reabilitação em Fisioterapia e Fonoterapia de Giruá para a realização da coleta dos dados.

Diante da resposta positiva realizou-se o contato com os pais e explicou-se os objetivos do estudo. Os pais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de

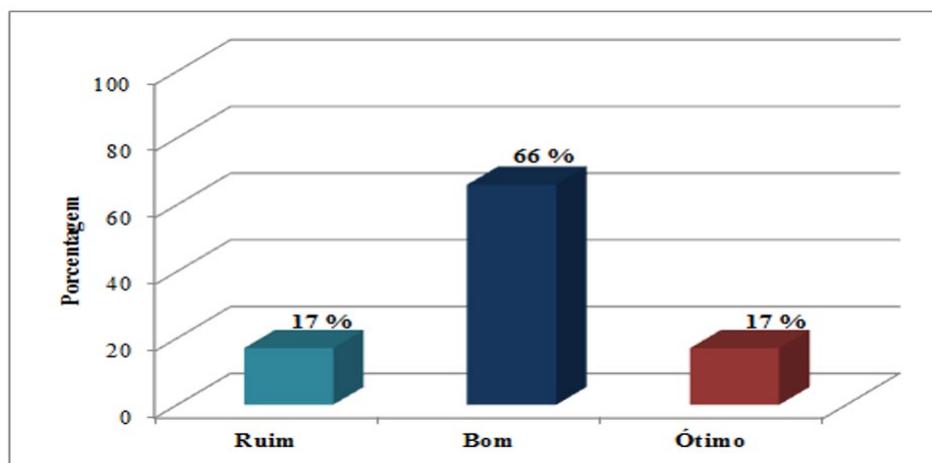
consentimento livre e esclarecido (anexo 2).

Assim, iniciou-se a coleta dos dados de acordo com a seguinte sistemática: quando a mãe vinha trazer o filho para o atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação, era entregue e explicado a ela cada questão do questionário, após eram feitas perguntas referentes às dúvidas e diante do esclarecimento das mesmas ou da ausência, elas então começavam a respondê-lo.

Após, a coleta dos resultados os dados foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo, sendo os resultados apresentados através de porcentagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

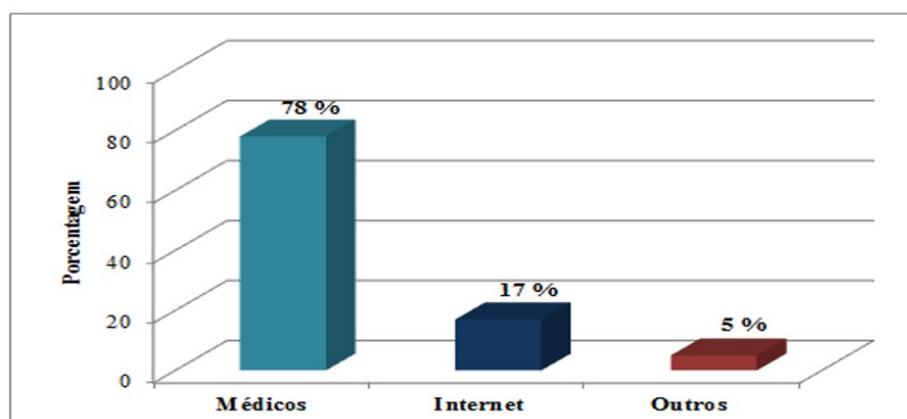
Gráfico 1- Nível de conhecimento sobre a doença.



O gráfico 1 apresenta a avaliação dos pais sobre o nível de seu conhecimento da doença de seus filhos.

Assim, observou-se que a maioria dos pais considera bom o nível de conhecimento sobre a doença de seu filho. Fornecer informações completas, corretas e claras sobre as condições e reações da doença, tratamento da criança e verificar se os pais compreendem a situação e o tratamento da criança é um dever dos profissionais de saúde. As informações que os pais precisam receber compreendem informações a respeito do estado de saúde do filho, diagnóstico, tratamento e prognósticos (Sabates, 2005).

Gráfico 2 - Fontes de informações sobre a doença.

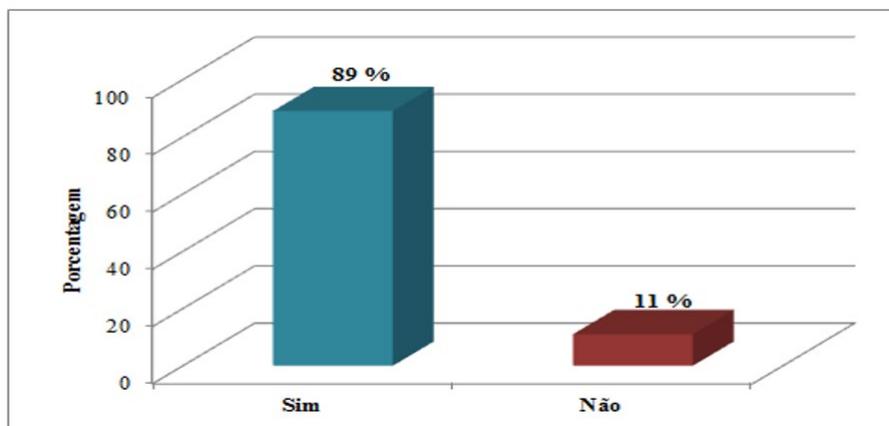


O gráfico 2 apresenta as fontes de origem sobre o conhecimentos dos pais sobre a relação à doença dos filhos, onde observou-se que a maior fonte de informações sobre a patologia dos filhos é oriunda dos médicos.

Este resultado concorda com Rotta(2002), que afirma que o pediatra é o primeiro médico a entrar em contato com a criança e deve estar apto para reconhecer precocemente os desvios do desenvolvimento, orientar o manejo e, dentro das possibilidades e necessidades encaminhar a outros especialistas.

Para Braga (2004), certas mães recebem orientações nas consultas subsequentes com outros profissionais, querendo saber o que o filho tem e sentem necessidade de ouvir a mesma informação de vários profissionais, até aceitarem o diagnóstico. Nos estudos de Guiller (2007), algumas mães não dispunham de conhecimentos sobre a patologia e/ou deficiência, mas passaram a buscar informações e aprender por meio de outras fontes, devido à necessidade de conviver com a criança.

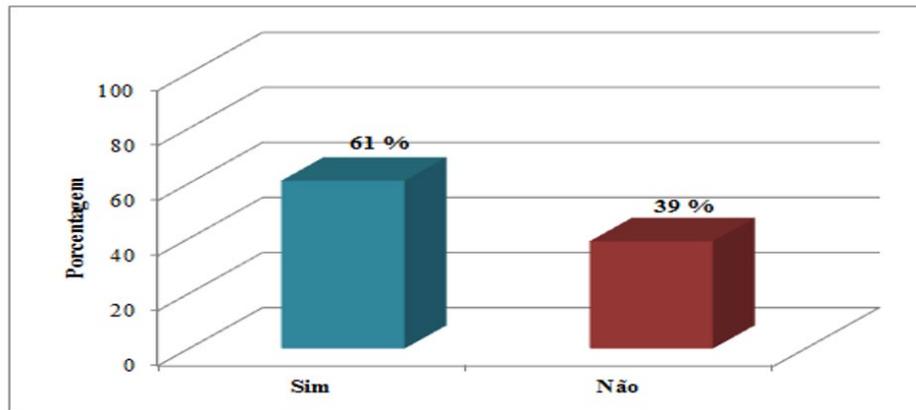
Gráfico 3 - Pais que gostariam de ter mais informações.



O gráfico 3 mostra a vontade dos pais em obter mais informações sobre a doença de seu filho, onde foi possível constatar que a grande parte dos pais gostaria de receber mais informações.

Este resultado concorda com Carvalhaes (2002), o qual afirma que as informações fornecidas pelos profissionais não parecem estar sendo suficientes para que a família possa suprir as demandas de cuidados das crianças no domicílio. Em geral, as famílias se sentem pouco conhecedoras do estado de saúde do filho e, portanto, inseguras ao prestarem cuidados.

O conhecimento da mãe acerca da doença do filho mostra-se insuficiente, o que indica a necessidade de melhorar a comunicação entre equipe/família, visto que alguns profissionais explicam de modo superficial empregando linguagem técnica científica incoerente para a compreensão da mãe (Araujo, 2009).

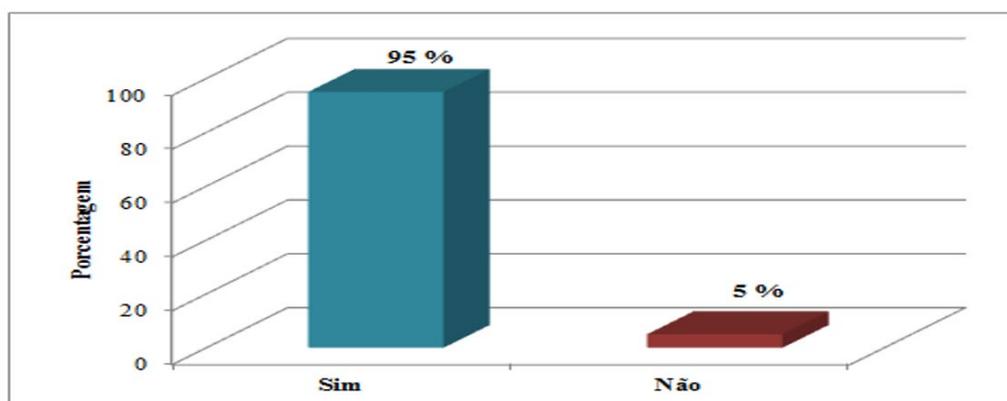
Gráfico 4 - Pais satisfeitos com as informações recebidas pelos médicos.

O gráfico 4 apresenta o nível de satisfação dos pais em relação às informações recebidas pelos médicos que atenderam seus filhos sendo que, a maioria dos pais está satisfeitos com as informações recebidas.

Há profissionais que procuram explicar a doença em termos simples, relacionando-as a algo do cotidiano vivido pela família, sendo perceptível, nesses casos, um maior entendimento acerca da doença no enfrentamento da condição de saúde da criança (Sabates, 2005).

É observado que o profissional ao proporcionar a informação necessária de modo que favoreça e garanta níveis mínimos de compreensão por parte da família e paciente estará contribuindo com a melhora da adesão ao tratamento proposto (Arias, 2001).

Porém, em muitos casos, a família só reproduz as informações advindas dos profissionais sem, no entanto, compreendê-la. Muitas vezes por se tratar de um conteúdo técnico o que dificulta a compreensão inviabilizando as condições necessárias para as famílias cuidar dos filhos (Araújo, 2009).

Gráfico 5 - Pais que concordam que o tratamento em casa ajuda na recuperação.

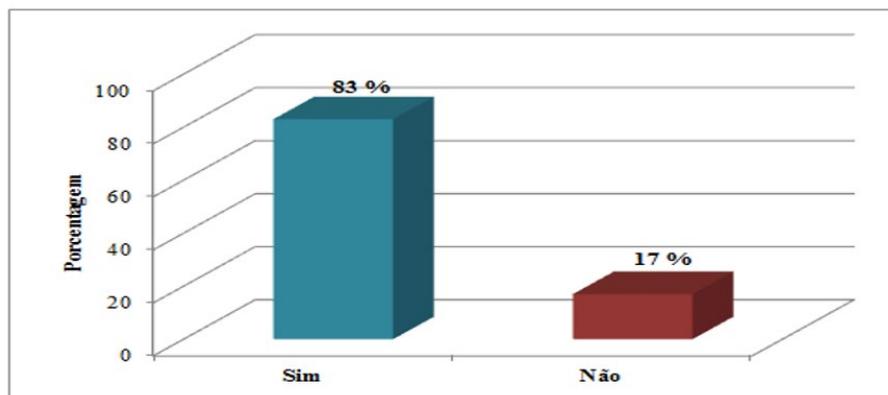
O gráfico 5 demonstra a opinião dos pais sobre a importância da continuidade do tratamento a domicílio, onde a maioria afirmou que isso ajuda na recuperação.

Este resultado concorda com Ortiz (2004), o qual relata que um bom trabalho requer além de um bom desenvolvimento da criança, um estímulo a seus pais e familiares para participarem cada vez mais do tratamento, dando continuidade ao mesmo nas atividades rotineiras auxiliando o trabalho do terapeuta. Neste ciclo, não poderiam faltar boas

estratégias do profissional, como atenção e dedicação ao paciente e também à família. A frequência, participação, compreensão e execução das orientações fora do local de terapia, influenciam muito no resultado final da atuação do profissional.

A atuação e colaboração familiar são extremamente importante para qualquer profissional que trabalhe com crianças que apresentam algum tipo de alteração no desenvolvimento motor e tem-se observado respostas positivas quando os familiares atuam de forma a promover uma melhor evolução da criança (Sari, 2008).

Gráfico 6 - Pais que seguem as orientações recebidas

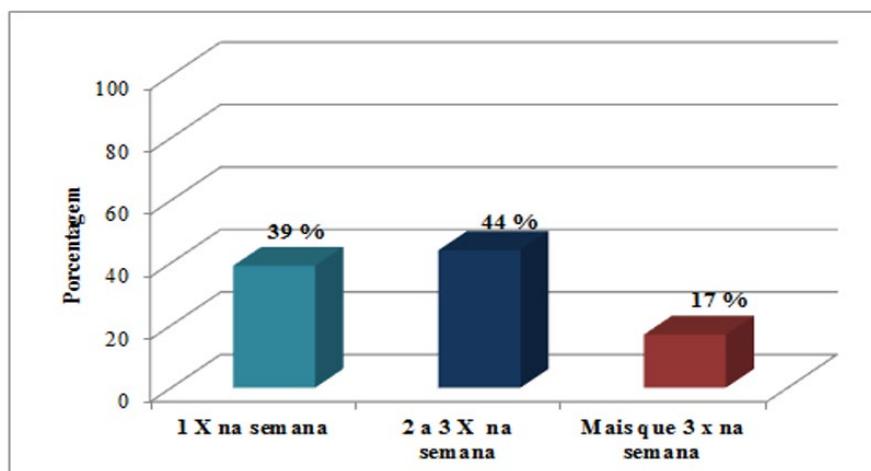


O gráfico 6 mostra se o cumprimento das orientações recebidas pelos profissionais de saúde, sendo possível constatar que a maioria dos pais segue as informações recebidas pelos profissionais.

Estes dados concordam com Ortiz (2004), ao relatar que a família que é participante dos atendimentos de seu filho se reconhece como integrante de um trabalho fisioterapêutico e isso o motiva pela credibilidade depositada sobre ela em estar sendo membro ativo de um tratamento para o desenvolvimento do próprio filho.

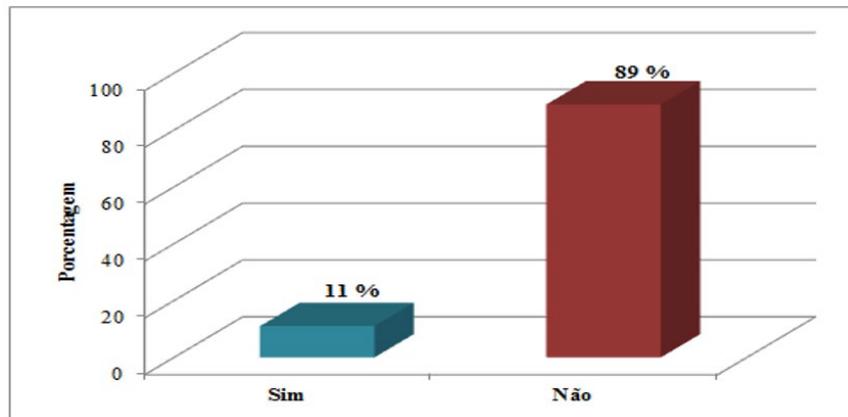
A atuação conjunta profissional e familiar resulta em benefícios fundamentais para o desenvolvimento da criança. Neste âmbito, é relevante ressaltar que os fatores psicoafetivos e um ambiente familiar estimulante dão suporte para todo processo de reabilitação, pois é inegável o fato de que a quantidade de estímulos recebidos pela criança em casa é insubstituível (Rotta, 2002).

Gráfico 7 - Frequência com que realiza a fisioterapia.



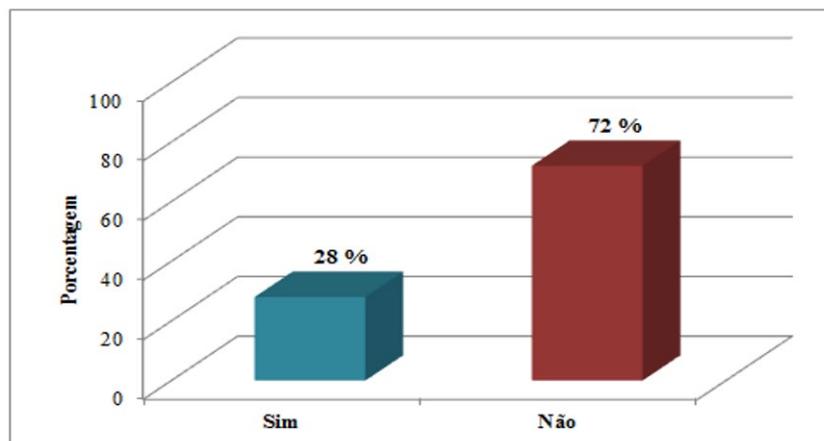
O gráfico 7 apresenta a frequência semanal de atendimentos fisioterapêuticos das crianças, onde foi possível observar que a maioria realiza 2 a 3 sessões de fisioterapia por semana.

Gráfico 8 - Pensaram em desistir da fisioterapia.



O gráfico 8 mostra a relação de pais que já pensaram em desistir da fisioterapia, sendo constatado que a maioria dos pais não pensou em desistir da fisioterapia. Segundo Ortiz (2004), não pode faltar boas estratégias dos profissionais, como atenção e dedicação tanto ao paciente como a família, o que resulta na frequência, participação, compreensão e execução das orientações o que influencia no resultado final da atuação do profissional.

Gráfico 9 - Pais que já fizeram tratamento psicológico.



O gráfico 9 aponta que a maioria dos pais já fizeram algum acompanhamento psicológico desde a descoberta da doença de seu filho.

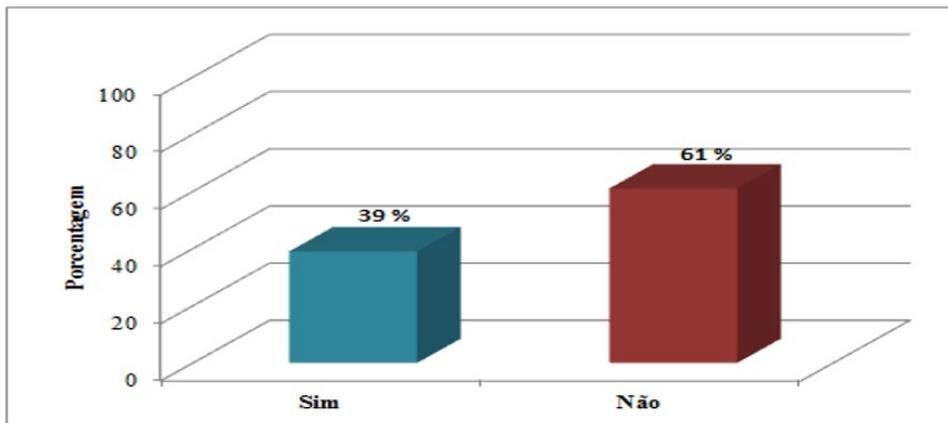
De acordo com Matos (2006), são vários os relatos de mães de crianças com deficiência que apresentam níveis de stress elevado, devido principalmente às dificuldades de adequação da criança e a necessidade de cuidados extras.

Onde houver trauma há também perda, os pais de crianças com deficiência são propensos a ter muitas perdas simultâneas. A primeira perda pode ser o diagnóstico, o que quebra visão de mundo dos pais que eles vão ter uma criança normal. Angústia é uma característica permanente de criar um filho com deficiência e tende a ser muito mais intenso para as mães do que os pais (Bruce, 2000).

No que se refere ao preconceito social o sujeito que escapa do que a sociedade

considera normal tende a ser estigmatizado, o que pode dificultar a sua aceitação social podendo desencadear conflitos emocionais (Camargo, 2000).

Gráfico 10 - Pais que já buscaram outras formas de tratamento.



O gráfico 10 apresenta a relação de pais que buscaram ou não outras formas de tratamento para seus filhos, dos quais a maioria não optou por outras formas de tratamento.

Embora, os filhos façam apenas o tratamento fisioterapêutico, Tonetto e Gomes (2006), afirmam que o trabalho em equipe é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde, sendo que o interesse pelo trabalho multidisciplinar vem se fortalecendo e beneficiando de forma integral a saúde e potencializando a recuperação das pessoas.

Tabela1 - Início da fisioterapia.

Início da Fisioterapia	%
RN a 6 meses	28
7 meses a 12 meses	22,5
13 meses a 18 meses	11
24 meses	11
42 meses a 48 meses	11
60 meses	5,5
108 meses	5,5
120 meses	5,5

A tabela 1 apresenta o período da vida em que as crianças iniciaram o tratamento fisioterapêutico, sendo possível constatar que a maioria das crianças iniciou o tratamento tardiamente, após os 6 meses de idade.

A estimulação precoce visa possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial. Quanto mais imediata for a intervenção, maiores as chances de prevenir e/ou minimizar a instalação de padrões posturais e movimentos anormais (Formiga *et al.*, 2004).

Tabela 2 - Mudanças que você percebeu no seu filho a partir da fisioterapia.

Muitas melhoras, mais movimentos por si próprio.
Ficar mais tempo em pé.
Melhora na coordenação motora, melhor interação com as pessoas.
Muitas coisas, rolar na cama, levantar, falta pouco para ela andar.
Os movimentos das pernas.
Muitas, não sabia andar de gatinho, não ficava de pé sozinho, etc..
Ela ficou mais firme e mais ativa.

Notei que seu corpo como um todo se desenvolveu bastante.
Esta caminhando melhor e mexendo com a mão que ela não podia mexer.
Ele ficou muito melhor.
Mais firmeza.
Não respondeu.
Ele já levanta a cabeça, isso ele não fazia antes da fisioterapia, também melhorou o posicionamento dele da coluna.
Muito progresso, ele já senta sozinho e antes não.
Fica com a cabeça firme.
Muitas coisas boas.
Já firma a cabeça, já carrego em pé no meu colo, ela já procura se erguer na cama, consegue sentar.
Não mudou em nada.

A tabela 2 mostra o relato dos pais sobre as mudanças percebidas nos filhos a partir da fisioterapia sendo que, a maioria referiu melhora na área motora do desenvolvimento dos filhos. A fisioterapia tem como objetivo a inibição da atividade reflexa anormal para normalizar o tônus e facilitar o movimento normal, com isso haverá uma melhora da força, da flexibilidade, da amplitude de movimento e, em geral, das capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional (Leite; Prado, 2004).

As metas de um programa de reabilitação são reduzir as incapacidades e otimizar as funções. A fisioterapia na criança deve consistir no treinamento específico de atos como: levantar-se, dar passos, sentar-se, pegar ou manusear objetos, além de exercícios destinados a aumentar a força muscular e melhorar o controle sobre os movimentos (Santos, 2008).

Tabela 3 - Fatos felizes que a surpreenderam em relação ao seu filho.

O mais feliz é quem em dois meses de fisioterapia ele começou a ficar sentado em uma cadeira sozinho.
Ele começou a sentir as pernas e as necessidades.
A visível melhora da coordenação motora, mudar os passinhos, usar a mão direita.
Tudo nele melhorou.
Os movimentos.
Quando começou a engatinhar e depois seus primeiros passos.
Tudo.
Quando me olha e diz que me ama, e quando ele fala sobre o que quer ser no futuro.
Quando eu vi que ele podia correr brincar com as outras crianças.
Quando ele era pequeno tomando chimarrão com se avô.
A alegria dele no dia a dia, como ele brinca com os irmãos, mas mais foi um dia que ele me disse ama a mama a chorei de alegria.
Quando ela nasceu quase sem vida com o cordão umbilical enrolado no pescoço a medica mandou eu respirar para dar força para ela viver.
Ele mudou bastante, este bem esperto, também esta mais comunicativo com a família da forma dele e vai melhorar ainda mais.
Quando ela conseguiu ficar sentada sozinha e brincar com um brinquedo.
A recuperação dele, eu vejo uma mudança diária nele.
A vontade de superar.
De uns tempos pra cá a firmeza da cabeça, a vontade dela de parar de pé, ou seja, simples gestos que para nós tem um valor imenso.
Que esta bem de saúde, ela é uma menina feliz

A tabela 3 apresenta os fatos que surpreenderam os pais e causaram felicidades,

onde foi possível observar que a maioria sentiu felicidade diante da conquista de alguma aquisição motora dos filhos e mediante a vontade de superação das crianças.

Tabela 4 - Expectativas dos pais em relação ao seu filho.

Ate agora estão sendo as melhores possíveis.
A caminhar como as outras crianças
Que ela irá melhorar e se recuperar através da fisioterapia e estimulação em casa pela família e escola.
Muito boas.
As melhor.
Que ele vai melhorar ainda mais.
Superar cada vez mais as etapas.
Que no futuro ele consiga ser mais independente e ter mais conhecimento e poder entendê-lo
Que cada vez ele fique melhor ainda.
A cada dia ele pode evoluir com o atendimento que ele recebe pelo profissional.
Que ele possa caminhar um dia e seja aceito na sociedade sem preconceito.
Melhorar cada vez mais seu entendimento e amadurecer, as professorar já me elogiaram por minha dedicação.
Que ele continue com a fisioterapia e com os tratamentos que vem fazendo pra que possa ficar melhor.
Que ela vai andar e falar.
Boas cada dia eu vejo uma melhora.
Boas.
Que a cada dia que passe ela sempre melhore cada vez mais, e que possa ter a vida o mais próximo do normal.
Espero que fique boa em condições de caminhar.

A tabela 4 mostras expectativas dos pais em relação aos seus filhos, sendo possível constatar que todos têm boas expectativas, confiança e esperança de evolução.

Estes dados concordam com Colissi (2004), ao mencionar que a cura é um meio de reprimir a doença. Ele afirma que a esperança de cura é um sentimento permanente, ainda que os pais conheçam a gravidade da doença. Pode-se pensar que para a família falar sobre as expectativas do filho ainda seja algo muito difícil, muitos pais preferem não pensar no futuro dos filhos com deficiência, mantendo-os como bebês por um período de tempo maior afim de não deparar com algum tipo de frustração do processo de inclusão na escola ou ambiente de trabalho.

Tabela 5 - Que informações você recebeu sobre como lidar com seu filho?

Ter paciência, ter ajuda da família, dar amor carinho e dar atenção necessária que puder a ele.
Não respondeu
Estimulação em casa com brinquedos
Não respondeu
Muitas informações
Como brincar, dar alimentação, como estimular.
Eu recebi varias informações.
Ter paciência, tentar compreender tudo o que fala e o que ele faz, pois temos que entender que ele é especial.
Que ela precisava fazer fisioterapia para melhorar os movimentos dela nas mãos e nas pernas onde ela tem dificuldade.
Quando falar com ele ser firme nas palavras e saber dizer não, por que ele é uma criança e pode ser como as outras crianças, e quando ele fala as palavras erradas podemos corrigir.

Como pegar no colo, sentar ele em casa escorado em almofadas e no sofá, agir com ele como os outros irmãos pra ele tenta fazer e agir como os outros.

Passar confiança e firmeza com aquilo que o profissional ensina, confiar na mãe, se tiver duvidas perguntar para os médicos ou nós profissionais, não perguntar para estanhos.

Quando comecei o tratamento recebi varias dicas dos fisioterapeutas sobre posicionamento, alongamentos pras pernas e braços para não atrofiar nervos e outros

Ajudá-la a andar

Estimulo e fisioterapia diárias

Não respondeu

Procurar tratar com naturalidade, e claro ter consciência dos fatos. Teve época que ela se jogava para traz, ai os fisioterapeutas pedirão para não deixar pois devia ser quebrado esse padrão. Procurar sentar ela sem encostar as costas quando estiver no colo, fazer estímulos em casa

Não tive informação.

A tabela 5 demonstra as informações que os pais receberam do fisioterapeuta sobre a convivência com os seus filhos, sendo possível constatar que a maioria recebeu informações referentes ao manuseio para as atividades da vida diária, importância da estimulação, brincadeiras no lar, orientações psicológicas e emocionais relativas à paciência.

Tabela 6 - Dificuldades encontradas para ter acesso à fisioterapia?

De inicio sim mas agora esta indo bem.

Dias de chuva e para pegar os transportes.

O deslocamento, a distância de Caibaté a Girua.

Não tive dificuldades.

Não houve dificuldades.

Um pouco de demora para conseguir entrar na fila.

Não respondeu.

Tive facilidade por encaminhada pela ESMED.

Nem sempre conseguia vir por falta de passagem ou pelo dia de bastante chuva.

Não teve dificuldades.

Muitas, porque em nossa cidade não tem mais só pagando, graças a deus que tem esse centro em Girua, a nossa APAE só tem uma vez na semana.

Agora não tenho muita dificuldade, porque as psicólogas me ajudam me explicam como vou agir no colégio as professoras.

Ainda não tive dificuldades espero que não aconteça.

Carência de profissionais na nossa cidade (Caibaté), sofri muito até conseguir atendimento aqui nessa clinica de reabilitação.

Não tem dificuldade por motivo que eu fui atrás cedo, antes era particular agora faço aqui e na APAE.

Não respondeu.

A burocracia pelo SUS. O alto valor por atendimento se realizado particular.

Não tem.

A tabela 6 contém os relatos sobre as dificuldades para o acesso à fisioterapia, onde se observou que a maioria dos pais deparou com alguma dificuldade sendo estas a burocracia para o encaminhamento à fisioterapia e a acessibilidade.

Pessoas com deficiência estão mais expostas as comorbidades associadas a sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental. Entretanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade aos serviços, que pode fazer com que a pessoa com deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde (Castro *et al.*, 2010).

Tabela 7 - O que a fisioterapia pode fazer pelo seu filho.

Tudo de melhor que pode acontecer pelo meu filho.
Tudo.
Recuperar os movimentos do lado direito de 90 a 100%.
Tudo de bom
Para andar
Sempre tem algo a fazer
Vai melhorar muito
Ajudar a ter mais flexibilidade
Continuar as atividades que ela já esta fazendo já esta bom.
Muita coisa boa.
Que ele não encolha os nervos e se firme cada vez mais, e o contato com outras pessoas faz bem pra ele.
Não respondeu
Eu acho que ele precisa muito ainda da fisioterapia porque esta em fase de crescimento e se ele parar vai atrofiar os nervos.
Ajudá-la a andar
Ele vai andar e pegar as coisas para ser uma criança normal.
Não respondeu.
Se deus quiser ela pode sentar e caminhar, sempre podendo ficar melhor e melhor.
Ajudar na coordenação motora.

A tabela 7 apresenta os relatos dos pais sobre o que a fisioterapia pode fazer para os filhos, onde constatou-se que a maioria respondeu positivamente referindo que poderá favorecer o desenvolvimento motor.

O tratamento fisioterapêutico é de elevada importância na recuperação dos sintomas instalados, que tem como objetivos, promover independência funcional, prevenir deformidades secundárias, prevenir úlceras de decúbitos, prevenir deficiências cognitivas secundárias, corrigir deformidades, promover aprendizados das habilidades motoras, ajustes posturais, deambulação independente ou treinamento do uso de cadeira de rodas, fortalecimento muscular, enfim, promover qualidade de vida durante as fases de desenvolvimento dessa criança (Santos, 2010).

Tabela 8 - O que você já ouviu as pessoas falarem sobre o seu filho?

A começar que ele não iria caminhar nem falar, mas com ajuda de pessoas bondosas tudo iria acontecer.
Nunca vai caminhar, não caminha por preguiça.
Ela ainda não caminha? ela ainda não fala?
Nada de mais
Não respondeu
Teu filho tem síndrome, teu filho não vai falar nem caminhar.
Primeiro foi rejeitada pelos vizinhos, mas em casa é o presente de deus.
As pessoas diziam que ele era doente, mas agora mudou e dizem que ele é especial.
Tem gente que viu ela quando era mais pequena e agora fica feliz de ver ela bem, caminha bem perto de antes, agora ela já corre, antes ela só rolava no chão, é uma vitória pra todos nós.
As pessoas falavam que ela era uma criança diferente.
Coitadinho, ficavam olhando, pareciam que tinham medo de ter contato com ele.
Não
Perguntaram se isso passava um para o outro.
Ai coitadinha, pobrezinha, ela é doentinha.

Que ela iria vegetar, depois ela iria morrer, por isso fico feliz por ele ter avançado o quadro de melhora dele.

Não

Teve um dia que sai com ela pra cidade e uma pessoa conhecida veio e me perguntou como eu tinha forças para cuidar de uma criança assim com problemas, eu só respondi que se deus me deu a honra de ser mãe dela é porque ele tinha consciência que eu teria condições, carinho e amor por ela.

Perguntam se ela caminha.

A tabela 8 apresenta os relatos sobre o que os pais já ouviram às pessoas falarem sobre seus filhos, denotando na maioria dos relatos preconceito, ausência de palavras de apoio e incentivo para os pais continuarem na incessante caminhada para a evolução dos filhos.

O preconceito às pessoas com deficiência configura-se como um mecanismo de negação social, uma vez que suas diferenças são ressaltadas como uma falta, carência ou impossibilidade. A estrutura funcional da sociedade demanda pessoas fortes, que tenham um corpo “saudável”, que sejam eficientes para competir no mercado de trabalho (Silva, 2006).

Obviamente, não se podem mudar as questões objetivas imediatamente, mas não é preciso compactuar com aquilo que sabidamente é injusto e discriminatório. Olhar para si próprio, reconhecer os limites e inadequações, buscar a reflexão crítica e o esclarecimento, podem fortalecer o individuo e este, contribuir para uma sociedade melhor (Schewinski, 2004).

Tabela 9 - Tem algo que você queira falar sobre essa trajetória com seu filho?

Que eu não esperava passar por isso, mas sempre tem a primeira vez na vida de cada um.

Que deus abençoe todos nós.

Espero e acredito que a minha filha vai se recuperar através da fisioterapia e dedicação da família e escola, para que quando for adulta tenha uma vida normal e possa fazer tudo aquilo que sonhar e desejar.

Não respondeu.

Não respondeu

Não respondeu

Não

Apesar das dificuldades às vezes ainda não tive vontade de desistir, pois ela ainda depende muito de mim e não tenho direito de desistir

Só tenho que agradecer a vocês por essa oportunidade que deram pra minha filha.

Não respondeu.

Eu me sinto uma mãe especial e sempre vou buscar atendimento pra ele, me preocupo porque nossa sociedade não da oportunidade para crianças assim, eu gostaria que o preconceito terminasse mas eu vou lutar por meu filho.

Não

Eu acho que ainda é cedo para falar alguma coisa.

Que eu vou fazer tudo o que tiver ao meu alcance para ela ficar boa, o pai dela faz muita falta hoje 27.08.2012 faz um ano que ele faleceu, nos sentimos sua falta.

Eu falo sobre ele a onde eu vou e com todos não escondo nada.

Não

Vale muito a pena, minha filha tem o dobro do valor pra mim. Sinto me honrada em ser mãe dela, e ter uma filha tão linda amável e perfeita, pois pra mim ela é perfeita. Me acho mãe em dose dupla, sou muito realizada por ser mãe, amo muito minha filha.

Espero que na próxima cirurgia seja bem sucedida.

A tabela 9 demonstra os relatos dos pais sobre a trajetória com seus filhos, onde foi

possível observar que a maioria dos pais respondeu, porém diversos foram os sentidos das explicações, sendo que denotaram esperança, persistência e perseverança de fazer tudo que for possível para ajudar os filhos.

Também, foi observado que alguns pais não responderam este questionamento.

Questão 5 - Já foi orientado pelo fisioterapeuta?

Referente à questão 5 do questionário relacionada ao fato dos pais terem recebido orientações do fisioterapeuta, constatou uma unanimidade positiva.

As orientações devem ajudar os pais e entender os motivos pelos quais a criança não consegue realizar certos movimentos ou porque os movimentos são feitos com anormalidades. Entendendo que as posturas e movimentos anormais de seus filhos fazem parte de uma condição que pode ser modificada e melhorada. Os pais sentem-se motivados a ter uma participação no processo de reabilitação (Lopes, 2002).

Para Lopes (2002), a interação fisioterapeuta/família deve estar bem estabelecida para que ocorra a troca de informações pertinentes para a definição dos objetivos funcionais possíveis na realidade motora cognitiva e social em que a criança se encontra, contribuindo assim, para a superação de dificuldades vivenciadas diariamente no relacionamento dessa família com a criança.

Questão 6 - Você acha que seu filho pode ter melhora com a fisioterapia?

Em relação à questão 6 do questionário referente à melhora que os filhos podem ter com a fisioterapia, foi possível observar que todos afirmaram que sim.

Estes dados concordam com Rotta (2002), ao relatar que os pacientes com doenças neurológicas devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar, na qual o principal enfoque terapêutico é, sem dúvida, o fisioterapêutico.

Para Cargnin (2003), o tratamento fisioterapêutico para crianças com problemas neurológicos é imprescindível bastante abrangente, pois deve considerar as alterações funcionais secundárias ao comprometimento neurológico e as biomecânicas. Assim, deve-se enfatizar o alongamento muscular, a estabilidade articular e a força associada ao controle central para a realização das atividades funcionais diárias, que envolvem a capacidade para adoção e manutenção das diferentes posturas, assim como para a realização de seus movimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados, os resultados sugerem que os pais recebem orientações dos fisioterapeutas quanto às condutas e às potencialidades dos seus filhos. Já no referente à patologia a maioria possui bom conhecimento, mas gostariam de mais informações, sendo que a maior fonte de conhecimento sobre a patologia dos filhos é oriunda dos médicos.

Quanto ao tratamento domiciliar e a realização das orientações fisioterapêuticas em casa foi relatado que elas ajudam na recuperação das crianças e que a maioria dos pais

segue as orientações recebidas.

Em relação à frequência nas sessões de fisioterapia a maioria das crianças realiza entre dois a três atendimentos semanais. No referente à vontade de prosseguir ou suspender os atendimentos a maioria dos pais não pensou em desistir da fisioterapia.

Desde a descoberta da doença um grande contingente de pais já procurou e realizou atendimento psicológico, porém, não optaram por outras modalidades terapêuticas para o tratamento dos filhos, além da fisioterapia.

Quanto ao período da vida em que as crianças iniciaram o tratamento fisioterapêutico observou-se que a maioria das crianças iniciou tardiamente. Os dados também sugerem que grande parte dos pais tem boas expectativas relativas aos benefícios, principalmente motores, que a fisioterapia pode favorecer aos seus filhos, pois, a maioria relatou melhora das crianças após o início do tratamento.

Assim sendo, diante da escassez de trabalhos científicos sobre o tema sugere-se a realização de mais estudos, pois a falta de informações precisas aos pais pode dificultar a participação ativa da família no processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y.B.et al. **Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância.** Florianópolis, 2009, jul-set;18(3)498-505.

ARIAS, Y.G. Experiência médica: La adherencia terapêutica. **Revista cubana de Medicina General Integral**, Habana, v.17, n.5, sep/oct.2001.

BARBOSA, M.A.M. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. **Acta Paul Enfermagem**2008; 21(1):46:52.

CAMARGO, E.A.A. E TOREZAN A.M. **Concepções sobre a deficiência mental e a constituição da subjetividade da pessoa deficiente.** In: III conferencia de pesquisa Sócio - cultural; 2000 jul 8-20; Campinas, São Paulo

CARGNIN A.P. E MAZZITELLI C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. **Revista Neurociências** 11(1):34-39,2003.

CARVALHAES, M.A.B.L E BENICIO M.H.D. **Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil.** Revista de Saúde Publica. 2002 Abr;36(2):188-97.

CASTRO, S.S.et al. **Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência.** Revista Saúde Pública 2011; 45(1): 99-105.

COLISSI N.A. E WENLING M.I. **Pais de filhos com deficiência mental: sentimentos vivências e desafios perante a sociedade.** Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, SÃO PAULO, 2004.

COSTA T.P E COSTA M.P.G. **Grupo de apoio psicológico: promovendo melhorias na qualidade de vida de familiares de paciente portadores de distrofia muscular.** Revista SPAGESP, 8(1), jun, 2007

DANTAS, Meryeli *et al.* **Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família.** Florianópolis, 2010 Abri - jun; 19(2): 229-37.

FERRARI P.J. E MORETE M.C. **Reações dos pais diante do diagnóstico de paralisia cerebral em crianças com até 4 anos.** Caderno de Pós- Graduação em distúrbios de Desenvolvimento. São Paulo, v.4, n.1, p.25-34, 2004.

FIAMENGHI G.A E MESSA A.A. **Pais e filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares.** Psicol. Ciência PROF. 2007; 27(2): 236-45.

FORMIGA, C.K.M.R. *et al.* **Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participante de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce.** Revista Brasileira de Fisioterapia. vol.8, n3(2004), 239-245.

GONDIM, K *et al.* **Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral.** Revista Rene Fortaleza, v.10, n, 4, p. 136-144, out/dez.2009.

GRAÇÃO D.C. E SANTOS M.G.M. **Apercepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário de orientação familiar.** Fisioterapia e Movimento. 2008 abr-jun; 21(2): 107-113.

GULLER, C.A. *et al.* **Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica.** Acta Paul Enfermagem. 2007; 20(1): 18-23.

KENNER, C. E REICHMANN A. **Planejamento de alta assistência domiciliar, Enfermagem neonatal.** 2001.p.329-44.

LEITE J.M.R. S E PRADO G.F. **Paralisia cerebral aspectos fisioterapêutico e clínicos.** Revista Neurociências 2004.12.41.

LEMES L.C E BARBOSA M.A.M. **Comunicando a mãe o nascimento do filho com deficiência.** Acta Paul Enfermagem 2007; 20(4): 441-5.

LIMA R.A.B.C. **Envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico de crianças portadoras de deficiência: compreendendo dificuldades e facilitadores.** Dissertação (Mestrado) Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 2006.

LOPES G.B. *et al.* **Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora.** Psicologia: teoria e prática, São Paulo, v.4, n.2, p.67-72, 2002.

MACIEL M.R.G. **Portadores de deficiência, a questão da inclusão social.** São Paulo, 14(2), 2000.

MATOS H.S. *et al.* **Concepções de mães em relação a filhos portadores da síndrome de Down.** Revista Saúde. Com 2006; 2(1): 59-68.

NUNES A.M.S. **O perfil do cuidador da criança portadora de Paralisia Cerebral.** Revista Meio Ambiente Saúde 2007; 2(1):1-21.

ORTIZ V.K.B. E FAVARO J. **Identificação de alguns fatores motivacionais que levam à família a adesão ao tratamento terapêutico de crianças com deficiência.** Cad. de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, v.4, n.1, p.35-45, 2004.

PETEAN E.B.L. E PINA NETO J.M. **Investigações em aconselhamento genético: impacto da primeira notícia** – a reação dos pais a deficiência. Medicina, Ribeirão Preto, 31: 288-295 abr/jun.1998.

PETEAN E.B.L. E MURATA M.F. **Paralisia cerebral:Conhecimento das mãesdiagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar**. Rib. Preto, ago/dez/2000.

ROTTA NT. **Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas**. Jornal de Pediatria-vol 78, Suplem. 1, 2002, Rio de Janeiro

SABATES L.A. EBORBA R.I.H. **As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização de seu filho**. Revista Latino-am Enfermagem 2005 nov/dez; 13(6): 968-73.

SANCHES, L. *et al.* **Relatos maternos sobre o impacto do diagnóstico da deficiência dos filhos**. Caderno de Saúde Colet, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 366-74.

SANTOS F. **Avaliação da abordagem fisioterapeutica no tratamento de paciente pediátrico portador de mielomeningocele**. Revista de saúde, Vassouras, v.1, n.1, p.01-06, jan-mar. 2010.

SARI F.L. EMARCON S.S. **Participação da família no trabalho fisioterapeutico em crianças com Paralisia Cerebral**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2008; 18(3): 229-239.

SCHWEINSKY S.R. **A barbárie do preconceito contra o deficiente - todos somos vitimas**. ACTA FISIATR. 2004;11(1):7-11.

SILVA L. **O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência**. Revista Brasileira de Educação. Vol.11, set/dez.2006.

TONETTO A.M E GOMES B.W. **A pratica do psicólogo hospitalar em equipemultidisciplinar**. Porto Alegre, 2006, jan-mai.

ANEXOS

Anexo 1

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

Você considera o nível do seu conhecimento sobre a doença de seu filho?

() ruim () bom () ótimo

De onde vem o seu conhecimento sobre essa doença?

() médicos () livros () internet () outros profissionais

Você gostaria de ter mais informações?

() sim () não

Você está satisfeito com as informações recebidas pelos médicos que atenderam seu filho?

() sim () não

Já foi orientado pelo fisioterapeuta?

() sim () não

Você acha que seu filho pode ter melhora com a fisioterapia?

() sim () não

Você acha que o tratamento em casa ajuda na recuperação?

() sim () não

Que idade seu filho tinha quando iniciou a fisioterapia?

Que informações você recebeu sobre como lidar com seu filho?

Você segue as orientações recebidas?

() sim () não

Quais as expectativas em relação ao seu filho?

Quais os fatos felizes que a surpreenderam em relação ao seu filho?

Frequência com que realiza a fisioterapia?

() 1x na semana () 2 a 3x na semana () mais que 3 x

Dificuldades encontradas para ter acesso à fisioterapia?

Quais mudanças você percebeu no seu filho a partir da fisioterapia?

O que você acha que a fisioterapia poderá fazer pelo seu filho?

Já pensou alguma vez em desistir da fisioterapia?

() sim () não

Já buscou outras formas de tratamento?

() sim () não

Você fez ou faz algum tratamento psicológico após a descoberta da doença do seu filho?

O que você já ouviu as pessoas falarem sobre seu filho?

Tem algo que você queira falar sobre essa trajetória com seu filho?

Anexo 2

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: EXPECTATIVA DOS PAIS EM RELAÇÃO À FISIOTERAPIA.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa a qual esta sendo conduzida pelo Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo/ Curso de Graduação em Fisioterapia, sob a responsabilidade da acadêmica MAIRE LEVANDOWSKI e orientação da Professora LISANDRA DE OLIVEIRA CARRILHO.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o conhecimento dos pais sobre a patologia, prognóstico motor e atividades funcionais de filhos com doenças neurológicas e para tanto será aplicado um questionário para coleta de informações. Esta pesquisa não produzirá nenhum risco físico, mental ou social. Entretanto, você pode se sentir constrangido ao responder algumas perguntas, caso isso aconteça, sinta-se à vontade para responder ou não as perguntas que se enquadram nesta categoria.

Eu, _____ RG: _____ concordo em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Nome e assinatura da pesquisadora

MAIRE LEVANDOWSKI

Prematuridade associados a parturientes submetidas ao parto eletivo

Prematurity: The associated maternal and neonatal outcomes among parturients submitted to elective delivery

Ingrid Araujo Carvalho

Pós-Graduando do Curso de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal – Líder Instituto Educacional, Manaus – Amazonas

Israel Ananias Lemos

Prof. Orientador do Curso de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal – Líder Instituto Educacional, Manaus – Amazonas

RESUMO

Introdução: Sabe-se que as cesáreas salvam a vida de muitos bebês em risco. A questão de quando uma criança pode completar o desenvolvimento no útero da mãe e ser retirada sem necessidade médica é uma das maiores preocupações de saúde pública no Brasil atualmente. **Objetivo:** analisar a relação entre o parto eletivo e prematuridade. **Metodologia:** o presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão de literatura com dados BDENF, LILACS, BVS e SCIELO entre 2019 a 2023. **Resultados:** O estudo demonstrou que as causas mais identificáveis estão associadas ao estilo de vida que a mãe levou durante a gravidez: fumar, beber álcool, usar drogas, má nutrição, exposição a certos medicamentos, níveis excessivos de estresse durante a gravidez, falta de pré-natal ou início tardio do pré-natal, longas horas no trabalho, etc. Já biologicamente os problemas de bebês prematuros destacam a dificuldade de adaptação ao meio extrauterino devido à imaturidade e ao baixo peso. Quanto menor e mais imaturo o bebê, maiores os riscos de doenças. Os problemas podem se apresentar logo após o nascimento ou algumas semanas ou meses depois. **Conclusão:** É possível reduzir o risco de trabalho de parto prematuro consultando o médico antes da gravidez, especialmente para mulheres que sofrem de doenças crônicas, pois permitem identificar os problemas desde o início e tratá-los. Cabe os profissionais de pré-natal como o enfermeiro oferecer o máximo de informações possíveis a grávida caso isto possa ocorrer com ela.

Palavras-chave: prematuridade; recém-nascido; parto eletivo.



ABSTRACT

Introduction: It is known that cesarean sections save the lives of many babies at risk. The question of when a child can complete development in the mother's womb and be delivered without medical need is one of the greatest public health concerns in Brazil today. **Objective:** to analyze the relationship between elective delivery and prematurity. **Methodology:** the present study is a qualitative research of the literature review type with BDNF, LILACS, BVS and SCIELO data between 2019 and 2023. **Results:** The study demonstrated that the most identifiable causes are associated with the lifestyle that the mother took during pregnancy: smoking, drinking alcohol, drug use, poor nutrition, exposure to certain medications, excessive stress levels during pregnancy, lack of prenatal care or late initiation of prenatal care, long hours at work, etc. Biologically, the problems of premature babies highlight the difficulty of adapting to the extrauterine environment due to immaturity and low weight. The smaller and more immature the baby, the greater the risk of disease. Problems can present shortly after birth or a few weeks or months later. **Conclusion:** It is possible to reduce the risk of preterm labor by consulting the doctor before pregnancy, especially for women suffering from chronic illnesses, as it allows identifying problems early on and treating them. It is up to prenatal professionals such as nurses to offer as much information as possible to the pregnant woman if this can happen to her.

Keywords: prematurity; newborn; elective delivery.

INTRODUÇÃO

A prematuridade tem se evidenciado como um dos principais desafios para a saúde contemporânea que inclui que todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) contadas a partir do último período menstrual (DUM). A incidência de intervenções obstétricas e a ineficiência das boas práticas na atenção ao parto e nascimento vêm se constituindo com uma correlação de grandes riscos as parturientes e seus recém-nascidos decorrentes de circunstâncias diversa e imprevisível atingido todas as esferas sociais (Maia *et al.*, 2019).

Percebe-se assim que o índice de sobrevivência crescente destes bebês prematuros, outorgada pelos avanços no campo da tecnologia da atenção neonatal, trouxe à equipe de saúde nova alguns diferentes desafios a serem superados, ressaltando-se o fato do período de internação desses recém-nascidos constituírem-se apenas em uma das etapas da assistência neonatal (Araújo *et al.*, 2021).

Acarretando as essas famílias e a sociedade um custo benefício financeiro e social de difícil mensuração. Uma vez consideramos que conhecer e compreender o processo de parto e nascimento e os cofatores que nele interferem é fundamental para a assistência de qualidade efetiva ao binômio “mãe-bebê” em seus respectivos cuidados (Santos *et al.*, 2021).

Sendo a equipe de enfermagem o pilar do eixo comunicacional e sistematizado que realizar os cuidados ao recém-nascido continuamente, sendo chave de uma posição de oferecer informações e orientações que possam servir de apoio aos pais subsidiando

os cuidados domiciliares futuros já que as evidências científicas afirma-se que os recém-nascidos prematuros tem maior risco para retornarem após as altas hospitalares. É difícil avaliar os componentes que influenciam e sofrem influências no processo ao parto prematuro. No Brasil chega ao percentual de 12,3%. Entre esses partos, 64,6% foram espontâneos e 35,4% terapêuticos (Leal *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, porém, têm sido retomados os estudos com tais objetivos. Em relação aos riscos neonatais e as melhores condições de via de parto, existem evidências de maior risco de complicações respiratórias na cesárea eletiva (isto é, aquela realizada fora do trabalho de parto), até mesmo nas gestações a termo, pois existem estudos mostrando maior incidência de recém-nascidos de baixo peso neste tipo de cesárea (Traebert *et al.*, 2019).

O pré-natal e a atenção ao parto são importantes estratégias para prevenir ou reduzir o risco de morbimortalidade para a gestante e para os bebês. Os bancos de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) cuja sua finalidade é gerar indicadores sobre pré-natal, assistência ao parto e perfil epidemiológico dos nascidos vivos. O nascimento de um bebê prematuro é um momento que causa sofrimento, “quebra” de expectativas do filho idealizado, e, por vezes, os pais não estão preparados emocionalmente, ou mesmo financeiramente para receber um recém-nascido abaixo do peso ideal (menor que 2500 g), que necessitam de cuidados de maior complexidade (Dias, 2021).

Exigindo uma estrutura de assistência multidisciplinar com capacidade técnica científica e equipamentos, porém, no entanto a escassez de estruturas e recursos não disponíveis levar à mercê os respectivos atendimentos maternos- hospitalares (Lima *et al.*, 2020).

Situações estas que implicam se tornando um fator que contribui para a elevada taxa de mortalidade infantil, uma vez que a prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal acarretando danos e sequelas de difícil mensuração aos recém-nascidos que conseguem superar o período neonatal de risco (Almeida *et al.*, 2019).

Com isso as expectativas e anseios que permeiam o atendimento prestado em todas as etapas do ciclo gravídico que necessitam dessas sincronias, cuidados e delicadeza com precisão possibilitando assim uma assistência adequada (Martins; Moraes; Xavier, 2020).

Certificar-se na prática que faltam informações essenciais para que as gestantes nesse momento sintam seguras, e muitas vezes a falta de informações coerentes a essas mulheres sobre determinados procedimentos inseridos no processo que acaba modificando decisões importantes nas escolhas dessas parturientes sobre as intervenções (Santos; Bitti; Reis, 2022).

No entanto evitar o maior tempo de internação, maior exposição ao neonato a complicações e graves sequelas, minimizar as demandas corriqueiras de avaliações e procedimentos e o desvinculo precoce mãe e bebê e seu eixo familiar. Que na eminência das vezes, o enfermeiro realiza assistência descontextualizada, tendo perspectiva em suas ações voltadas apenas para a conduta de procedimento em si delineando apenas a prescrição médica para prestação de serviços (Maia *et al.*, 2022).

Além disso, na rotina diária do enfermeiro, existe demanda de atividades burocráticas voltadas para o controle de materiais, gerenciamento de enfermagem, registros e relatórios prescritos de contextura não sistematizada, abrangendo a execução de tarefas rotineiras, e ressaltando assim a falta de disponibilidade com a assistência (Alberton; Rosa; Iser, 2023).

Já que o recém-nascido ou neonato são diferentes nomes dados aos bebês que acabam de nascer período esses logo após o nascimento compreendem de 0 a 28 dias incompletos dividindo em duas fases: período neonatal precoce que vai até a primeira semana de vida; e o período neonatal tardio, que se referem as três semanas subsequentes ao nascimento (Santos; Bitti; Reis, 2022).

Observa-se que essa sobrevida ocorre devido aos cuidados intensivos e tecnológicos utilizados, porém a manutenção dessa assistência tem um alto custo e depende da disponibilidade de recursos econômico-sociais e administrativos preparados e capacitados para tal (Dias, 2021).

E necessário priorizar as ações de recuperação e manutenção da vida nas unidades de terapias intensivas neonatais que visem uma atenção especial e de alto custo. Com base nessa percepção desencadeia-se a preocupação em respeito de como toda esta situação poderá afetar o recém-nascido, uma vez que a conscientização da importância ao neonato torna-se fundamental no cuidar identificando os fatores de risco associados ao ciclo puerperal (Santos *et al.*, 2021).

Diante das considerações problemáticas apresentadas acima, aponta-se como problema de pesquisa: como a produção científica distinguir as informações apresentada em suas publicações sobre A prematuridade e os resultados maternos e neonatais associados entre parturientes submetidas ao parto eletivo (Maia *et al.*, 2019).

Na atualidade obstétrica apresentou nas últimas décadas aumentos significativos nas taxas de parto cesáreas. Estimativas de 1970 indicam que a taxa de partos cesárea era de cerca de 20%, subindo para 38% em 2001 e para 48,8% em 2008, representando 35% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80% dos partos do setor privado. Apesar da importância inegável desse procedimento, gestantes e profissionais de saúde precisam conhecer os riscos maternos associados às diferentes vias de parto, utilizando as melhores evidência no processo nascer (Traebert *et al.*, 2019).

No ano de 2008, 6.2 milhões de cesáreas desnecessárias foram realizadas no mundo; dessas, China e Brasil representaram quase 50% do total de cesarianas sem indicação médica necessária (Maia *et al.*, 2019).

Portanto, necessidade de realizar uma síntese do conhecimento acerca da frequência de complicações maternas e neonatais associadas ao parto cesárea sem indicação clínica, seria um saldo positivo no aconselhamento de mulheres que examinam as vantagens e desvantagens desse procedimento quando sem indicação comparada. Para assim possibilita direcionar e adotar medidas preventivas de forma adequada à realidade como um todo com ênfase na qualidade para o alcance de uma assistência de enfermagem humanizada (Lima *et al.*, 2020).

O estudo justifica-se por entender que o fornecimento de cesarianas seguras e

oportunas ainda é um grande desafio em países com grande mortalidade materna, onde são insuficientes e por outro lado, seu excesso em determinadas regiões faz com que o desafio consista em minimizar a realização de cesarianas sem indicação clínica.

Por tanto, este estudo teve como objetivo geral analisar como a prematuridade estar associado a prematuridade, ao mesmo tempo como objetivos específicos: (1) descrever a necessidade do parto eletivo; (2) verificar qual a importância do Parto eletivo para feto prematuro e por fim (3) analisar quais complicações são colocadas em risco por decidir um parto eletivo relacionado a prematuridade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Parto cesariano e suas características

A cesariana é uma intervenção cirúrgica que envolve a remoção do feto por via abdominal através de uma incisão no útero. Em seus primórdios, era indicado quando o parto vaginal era impossível e com o objetivo final de proteger a vida da mãe mesmo quando sua mortalidade era próxima de 100%. Na medida em que sua morbidade e mortalidade diminuíram, suas indicações aumentaram, tanto no manejo de patologias maternas quanto fetais (Martinelli *et al.*, 2021).

A origem do procedimento, bem como o seu nome, não é totalmente conhecida, sendo os primeiros relatos datados do século XV d.C. C. A introdução das drogas anestésicas no século XIX, a assepsia da pele, o fechamento da parede uterina e o surgimento dos antibióticos, entre outros, são os grandes avanços que conseguiram reduzir consideravelmente os riscos de morbimortalidade (Szwarcwald *et al.*, 2019).

O termo “cesariana” é atribuído a diferentes versões. Júlio César teria nascido de cesariana, porém, a história conta que sua mãe estava viva quando ele era imperador, o que torna essa versão improvável. Outra vem de uma lei romana chamada “Lei Real ou Lei de César”, que exigia cortar o abdômen e extrair o feto de todas as mulheres grávidas falecidas. Por fim, argumenta-se que o verbo latino “*caedere*”, que significa cortar, simplesmente se adaptou ao nascimento de uma criança através de um “corte” (Fontana; Vieira; Souza, 2021).

A taxa de partos cesáreos aumentou consistentemente em todo o mundo nos últimos 50 anos, atingindo atualmente cifras de 30% dos nascimentos contra 5% na década de 1960. Essa taxa é extremamente variável entre diferentes países e mesmo entre diferentes regiões, assim como entre diferentes centros médicos de uma determinada região ou cidade. Isso sugere algum nível de responsabilidade na ausência de regulamentações definidas nos sistemas de saúde da maioria dos países. De fato, seu aumento não tem sido relacionado a uma diminuição clara da morbidade e mortalidade materna ou neonatal (Jantsch *et al.*, 2021).

As causas do aumento da taxa de cesarianas são multifatoriais, mas há uma clara tendência de aumento das primeiras cesáreas juntamente com uma diminuição dos partos vaginais pós-cesáreas e uma diminuição notável da taxa de partos normais (Chermont *et al.*, 2020).

O aumento da taxa de induções ou internações na maternidade nas fases iniciais do trabalho de parto também tem sido associado a uma maior taxa de cesarianas. De fato, o diagnóstico “Falta de progresso no trabalho de parto” tornou-se a principal causa dessa intervenção (Leivas *et al.*, 2021).

O monitoramento fetal intraparto com registro eletrônico da frequência cardíaca fetal também foi associado a um aumento na taxa de cesariana sem um claro benefício nos resultados perinatais (Pitilin *et al.*, 2021).

Indução do parto

A indução do parto é a estimulação do útero a se contrair antes que o trabalho de parto comece por conta própria para conseguir um parto vaginal. Um profissional de saúde pode recomendar uma indução do parto por vários motivos, principalmente quando há preocupação com a saúde da mãe ou do bebê (Nunes, 2022).

A natureza normalmente prepara o colo do útero para o parto da maneira mais eficiente e confortável possível. No entanto, quando há preocupações com a saúde da mãe ou do bebê, ou a gravidez continua duas semanas após a data prevista, induzir o parto pode ser a melhor opção (Souza; Casais-e-Silva; Sena, 2019).

Quando a gravidez dura mais de 42 semanas, o líquido amniótico pode começar a diminuir. Além disso, existe o risco de ter um bebê maior que o tamanho médio (macrossomia fetal). Há também um risco aumentado de cesariana, natimorto *in utero* e aspiração de resíduos fecais do bebê (aspiração de mecônio) (Horta; Soares, 2020).

A indução eletiva do parto é a iniciação do trabalho de parto por conveniência sem necessidade médica. Por exemplo, em mulheres que moram longe de um hospital ou centro de parto ou que têm um histórico de trabalho de parto rápido, uma indução programada pode ajudar a evitar um parto não assistido. Nesses casos, o profissional de saúde verificará se a idade gestacional do bebê é de pelo menos 39 semanas ou mais antes da indução, para reduzir o risco de problemas de saúde para o bebê (Santos *et al.*, 2021).

Estudos indicam que a indução do parto neste momento reduz vários riscos, incluindo o risco de natimorto, ter um bebê grande (macrossomia) e pressão alta à medida que a gravidez avança. É importante que as mulheres e seus profissionais de saúde estejam envolvidos na decisão de induzir o parto entre 39 e 40 semanas (Dias, 2021).

Causas e fatores de risco da prematuridade

Aproximadamente 1 em cada 10 mulheres grávidas tem um parto prematuro. Em nosso meio a prevalência é de 6-7%, mas em países como os Estados Unidos supera 12% dos partos. No Brasil, 340.000 bebês nascem prematuros a cada ano, o que equivale a 931 por dia ou 6 bebês prematuros a cada 10 minutos. Mais de 12% dos partos no país ocorrem antes da 37ª semana de gestação, o dobro dos países europeus (Maia *et al.*, 2019).

Apesar do atendimento pré-natal, esses percentuais permaneceram inalterados nas últimas décadas e até aumentaram ligeiramente, principalmente devido ao aumento das técnicas de reprodução assistida, bem como à idade materna das mulheres grávidas. Isso

causa uma maior porcentagem de gestações múltiplas e um maior número de induções do parto antes de 37 semanas devido a complicações maternas ou fetais (Santos; Bitti; Reis, 2022).

Um dos principais desafios no manejo de qualquer gravidez é a identificação daquelas mulheres com maior risco de prematuridade e poder aplicar estratégias terapêuticas específicas que tenham demonstrado sua utilidade na redução da prematuridade (Santos *et al.*, 2021).

Traebert *et al.* (2019), afirma que os principais fatores de risco para parto prematuro são:

- Mulheres com histórico de trabalho de parto prematuro antes de 34 semanas: é o fator de risco mais importante. O número de partos prematuros e a idade gestacional em que esses prematuros nasceram marcam o risco na nova gravidez.
- Mulher grávida submetida a cirurgia ginecológica uterina: cirurgia uterina, como conização ou traquelectomia; malformações uterinas como útero septado ou bicornio; miomas que deformam a cavidade endometrial.
- Complicações da gravidez atual: Gestação múltipla; sangramento no 2º e 3º trimestre; alterações no volume do líquido amniótico (por excesso ou deficiência); ameaça de parto prematuro; Ruptura prematura de membranas; infecção sistêmica, como pielonefrite, pneumonia e apendicite.
- Pessoas com diferentes tons de pele: as mulheres de origem afro-americana ou afro-caribenha têm o dobro do risco de parto prematuro do que as de origem caucasiana.
- Nutrição definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Mulheres muito magras com IMC menor que 19 têm maior risco de prematuridade, possivelmente relacionado à diminuição do fluxo uterino devido à desnutrição. Da mesma forma, a obesidade também é considerada um fator de risco, uma vez que o tecido adiposo produz proteínas inflamatórias que desencadeiam o trabalho de parto espontâneo. Além disso, essas mulheres correm maior risco de complicações maternas, como pressão alta e diabetes, o que pode causar a indução prematura do trabalho de parto.
- Período entre o parto e a nova gravidez inferior a 6 meses dobra o risco de parto prematuro.
- Consumo de tabaco e outros tóxicos: as mulheres que fumam correm maior risco de parto prematuro e retardo do crescimento fetal intrauterino.
- Fatores sociais: baixo nível socioeconômico e educacional e fatores psicossociais, como estresse ou depressão, aumentam ligeiramente o risco de prematuridade.

Os sintomas clínicos que devem alertar para o risco de parto prematuro são:

Perda de sangue dos órgãos genitais durante a gravidez: Sangramento no 2º e

3º trimestre. Excluindo a causa placentária (por exemplo, placenta prévia), a presença de sangramento predispõe a complicações como ruptura prematura das membranas ou ameaça de parto prematuro (Szwarcwald *et al.*, 2019).

Mulher com contrações na gravidez: aparecimento de contrações uterinas, sintomas como o endurecimento da barriga acompanhado de dor do tipo menstruação devem alertar para a possibilidade de ameaça de parto prematuro (Martinelli *et al.*, 2021).

Hemorragia vaginal durante a gravidez: perda de líquido amniótico. Uma vez descartada a perda involuntária de urina ou corrimento vaginal ou sêmen, a perda de fluido vaginal alerta para a possibilidade de ruptura prematura de membranas (Fontana; Vieira; Souza, 2021).

Além do exame físico, na consulta médica serão realizados diversos procedimentos diagnósticos, como ultrassom vaginal, registro cardiotocográfico ou exames de sangue, entre outros, para descartar complicações relacionadas à prematuridade (Pitilin *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

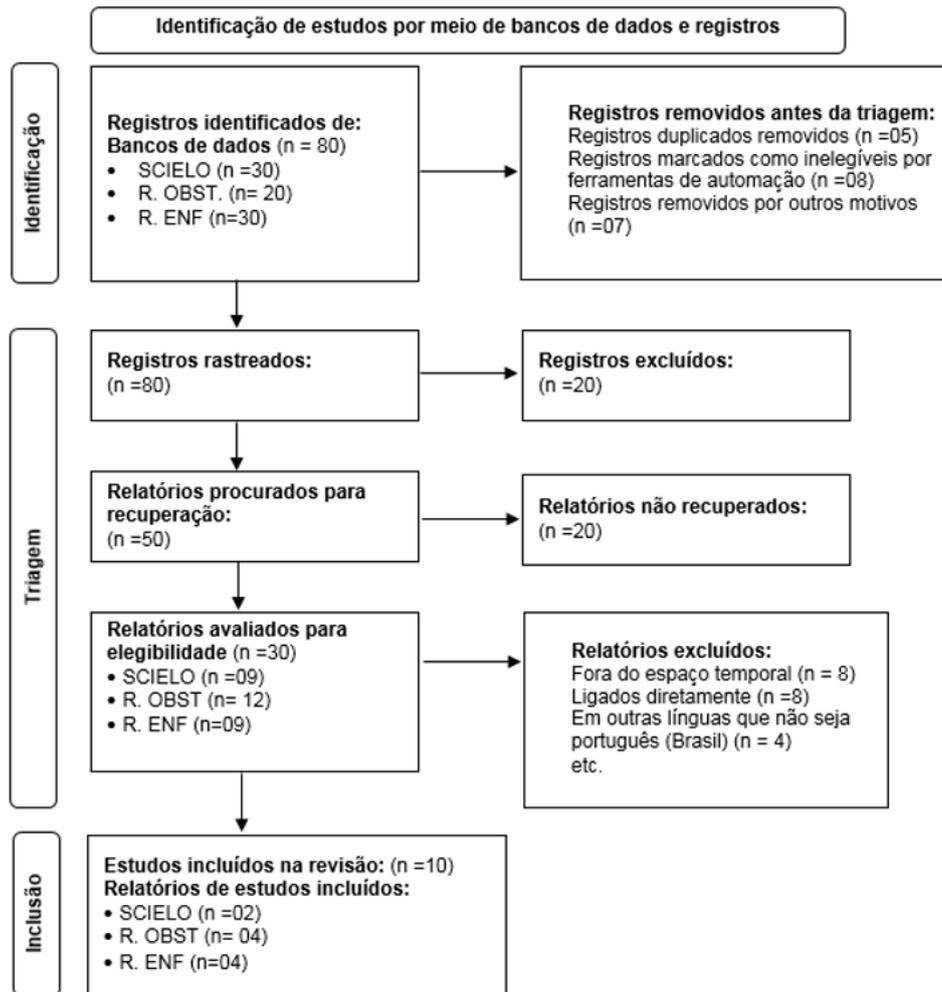
O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade revisão de literatura integrativa. A revisão integrativa é mais ampla o que desempenha importante de criar possibilidade de criar novas ideias e direções em um campo de estudo determinado além de estimular pesquisas futuras sobre determinado assunto (Casarin *et al.*, 2020)

Foi realizada busca bibliográfica nos bancos de dados revista de enfermagem (R.ENF.), Revista de obstetrícia (R.OBST.) e Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO), utilizando-se como descritores “feto”, “prematuridade”, “risco gestacional” como palavras em todo o corpo do texto.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos de pesquisa original publicados de forma completa no período de 2019 a 2022, livre e gratuita em periódicos disponíveis nas bases de dados selecionadas em português, condizentes com o objetivo proposto e os descritores e/ou palavras-chave. E como critérios de exclusão os artigos que estavam em mais de uma base de dados foram considerados duplicatas e automaticamente excluídos.

Para a agrupamentos dos dados será utilizado o método Prisma. Segundo Galvão, Tiguman (2022) explicam que a declaração PRISMA 2020 (identificação, triagem, seleção) é um conjunto mínimo de itens baseados em evidências a serem incluídos ao relatar (escrever) uma revisão sistemática e meta-análise. Ele é focado principalmente em relatar revisões que avaliam os efeitos das intervenções, mas também pode ser usado para revisões sistemáticas com objetivos diferentes da avaliação da intervenção, por exemplo, avaliar etiologia, prevalência, diagnóstico ou prognóstico.

Figura 1 - Elaboração do Diagrama de prisma 2020 para o estudo.



Fonte: Adaptação de Pages (2021).

Após elaboração do diagrama de prisma de 2020, foram selecionados 10 artigos relacionados ao tema completando assim o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Razões para realização do parto eletivo

Algumas das possíveis razões para esse aumento do parto eletivo são: medo da dor, preocupação com modificações genitais após o parto vaginal. Szwarcwald *et al.* (2019), afirma que esta concepção errônea de que a cesariana é a via mais segura para o bebê faz com que o número de cesárias eletivas aumente e desta forma o parto natural fica mais de lado.

O aumento da taxa de cesarianas é multifatorial. Nunes (2022), esclarece que em todo o mundo, tem aumentado o número de mulheres que optam por uma gravidez em idade materna avançada, apesar de estar associado a uma alta probabilidade de cesárea, tanto para a mesma idade quanto para complicações maternas e neonatais. Horta, Soares (2020), comenta dizendo que entre as razões encontradas: aumento do sangramento, sepsse materna, baixo índice de Apgar diminuição da contratilidade miometrial, distúrbios

hipertensivos, aumento da internação materna e fetal na unidade de terapia intensiva, em 5 minutos e sofrimento fetal.

A isso se somam aspectos socioculturais, como ansiedade dos pais, infertilidade prévia, preferência do médico e o número de processos por negligência médica que, em países asiáticos, por exemplo, aumentou para 58,5% desde 1995. Maia *et al.* (2019), afirma em seu estudo dados de pacientes com idade materna avançada, parto eletivos com percentil comparável aos 15,2%.

Atualmente, a taxa de sucesso do parto vaginal após cesariana varia de 60 a 80%. Santos, Bitti, Reis (2022), afirmam que entre as características descritas encontramos história de parto vaginal após cesariana ou avaliação adequada de Bishop na admissão hospitalar.

Houve um aumento de cesáreas devido à má apresentação não cefálica. Martinelli *et al.* (2021), afirmam em seu estudo que isso pode ser devido ao fato de que o cuidado com a apresentação pélvica por via vaginal aumenta o risco de morbimortalidade perinatal. No entanto, Traebert *et al.* (2019), completa dizendo que é preciso que a decisão seja tomada de acordo com a vontade da mãe, experiência do obstetra, condições de segurança e rigorosos critérios de seleção

A paciente a partir de 36 semanas de gestação deve ser avaliada e a VCE oferecida a partir da semana 37 0/7 24. Martins, Moraes, Xavier (2020), afirma que com controle pré-natal adequado, gestantes com esse tipo de apresentação podem ser identificadas para serem encaminhadas a instituições especializadas onde obstetras e ginecologistas treinados podem realizar o procedimento.

Parto eletivo para feto prematuro

O aumento das taxas de cesáreas pré-termo foi associado a uma melhor sobrevida perinatal. Souza, Casais-E-Silva, Sena (2019), afirmam que essa associação ficou evidente em grande parte devido ao declínio gradual significativo de natimortos.

Um bebê nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação é considerado prematuro. Araújo *et al.* (2021), afirmam que as subcategorias de bebês prematuros com base na idade gestacional são: extremamente prematuro (menos de 28 semanas), muito prematuro (28 a 32 semanas) e prematuro moderado a tardio (32 a 37 semanas). Leal *et al.* (2023), complementa afirmando no seu estudo que os bebês podem nascer prematuros devido a trabalho de parto prematuro espontâneo ou indicação médica para planejar a indução do trabalho de parto ou parto cesáreo precoce.

Estima-se que a cada ano 15 milhões de crianças nasçam prematuramente. Isso equivale a mais de 1 em cada 10 nascimentos. Jantsch *et al.* (2021), afirma que aproximadamente um milhão de crianças morrem a cada ano como resultado de complicações de parto prematuro. Para muitos sobreviventes, uma vida inteira de deficiência aguarda, incluindo dificuldades de aprendizagem e problemas visuais e auditivos.

Globalmente, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos. As desigualdades nas taxas de sobrevivência em todo o mundo são

gritantes. Araújo *et al.* (2021), afirmam que em ambientes de baixa renda, metade das crianças nascidas com 32 semanas ou menos de gestação (dois meses antes) morre devido à falta de medidas viáveis e custo-efetivas de cuidado, como calor adicional, apoio para amamentação e cuidados básicos para tratar infecções e dificuldades respiratórias.

O trabalho de parto prematuro é devido a diferentes razões. Alberton, Rosa, Iser, (2023), afirmam que a maioria dos partos prematuros ocorre espontaneamente, mas alguns são devidos a razões médicas, como infecções ou outras complicações da gravidez que requerem indução precoce do trabalho de parto ou parto por cesariana.

Mais pesquisas são necessárias para determinar as causas e os mecanismos do parto prematuro. Martins, Moraes, Xavier, (2020), esclarecem através de seu estudo que as causas incluem gestações múltiplas, infecções e condições crônicas, como diabetes e pressão alta; no entanto, muitas vezes nenhuma causa é identificada. Também pode ser devido à influência genética.

A maioria dos nascimentos prematuros ocorre na África e no sul da Ásia, mas, na realidade, o nascimento prematuro é um problema global. Fontana, Vieira, Souza, (2021), esclarecem que há uma grande diferença na sobrevivência de bebês prematuros com base no local de nascimento. Por exemplo, mais de 90% dos bebês extremamente prematuros (menos de 28 semanas de gestação) nascidos em países de baixa renda morrem nos primeiros dias de vida, enquanto menos de 10% morrem em ambientes de alta renda.

A prevenção de mortes e complicações do parto prematuro começa com uma gravidez saudável. Lima *et al.* (2020), afirma que as diretrizes de cuidados pré-natais da OMS incluem intervenções críticas para ajudar a prevenir o parto prematuro, como aconselhamento sobre uma dieta saudável, nutrição ideal e uso de tabaco e drogas; Araújo *et al.* (2021), complementa com outras medidas como medições fetais, incluindo o uso precoce de ultrassom para ajudar a determinar a idade gestacional e detectar gestações múltiplas; e um mínimo de oito exames médicos por profissionais de saúde ao longo da gravidez, com início antes das 12 semanas, para identificar e controlar fatores de risco, como infecções.

Se uma mulher entra em trabalho de parto prematuro ou corre o risco de parto prematuro, existem tratamentos disponíveis para ajudar a proteger o recém-nascido prematuro de futuros distúrbios neurológicos, bem como dificuldades respiratórias e infecções. Santos *et al.* (2021), afirmam que essas terapias incluem esteroides pré-natais e tratamentos tocolíticos para retardar o trabalho de parto.

Em 2022, a OMS também publicou novas recomendações sobre os cuidados com o bebê prematuro. Leal *et al.* (2023), afirma que essas recomendações são baseadas em novas evidências de que intervenções simples como o método canguru imediatamente após o nascimento, o início precoce da amamentação, o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas e medicamentos como a cafeína para problemas respiratórios pode reduzir significativamente a mortalidade em recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

A orientação da OMS enfatiza a necessidade de garantir que a mãe e a família assumam um papel central no cuidado de seu bebê. Martins, Moraes, Xavier, (2020), afirmam que as mães e recém-nascidos devem ficar juntos desde o nascimento e não devem

ser separados, a menos que o bebê esteja gravemente doente. Santos, Bitti, Reis (2022), afirma que além disso, as recomendações pedem melhorias no apoio familiar, incluindo educação e aconselhamento, apoio de colegas e visitas domiciliares por profissionais de saúde treinados.

Complicações para o feto prematuro relacionado ao parto eletivo

Mal controle dos níveis de glicose no sangue. Horta, Soares (2020), afirma que devido aos seus sistemas de regulação da glicose imaturos e com menos depósitos de glucagon e gordura, podem apresentar uma queda nos níveis de glicose (hipoglicemia), o que pode levar a um risco neurológico. Araújo *et al.* (2021), complementa dizendo que no entanto, eles também podem ter dificuldade em metabolizar a glicose e ter níveis muito altos (hiperglicemia), o que também pode ter efeitos indesejáveis.

Níveis baixos de glóbulos vermelhos (anemia), devido à falta de fluxo sanguíneo da mãe através do cordão umbilical, infecção, coletas de sangue repetidas, etc. Santos *et al.* (2021), afirma que se a anemia for significativa, pode levar a taquicardia, má oxigenação e pode ser necessária uma transfusão de sangue.

Amarelecimento da pele (icterícia), devido a diferentes razões que levam ao aumento da bilirrubina: imaturidade hepática, hematócrito inicial elevado, reabsorção de hematomas, incompatibilidade de grupo sanguíneo entre a mãe e o recém-nascido, etc. Alberton, Rosa, Iser, (2023), explicam em seu estudo que as vezes requer tratamento na forma de fototerapia e, excepcionalmente, outros tratamentos mais complexos. A bilirrubina atua como um antioxidante benéfico para o paciente, mas se o valor exceder certos valores, pode causar danos ao sistema nervoso central.

Uma das causas que podem iniciar o trabalho de parto prematuro, principalmente nos menores, é a infecção das membranas que envolvem o feto ou corioamnionite e essa infecção pode ser transmitida ao feto. Souza, Casais-E-Silva, Sena (2019), afirmam que os bebês prematuros correm maior risco de infecções: sepse (infecção generalizada), pneumonia, meningite, etc. devido à sua imaturidade nos mecanismos de defesa e que muitos deles nascem antes da transferência das imunoglobulinas maternas pela placenta, principalmente no último trimestre da gravidez.

Os pulmões são os órgãos que mais expressam imaturidade no neonato prematuro. Jantsch *et al.* (2021), afirma que para favorecer sua maturação, assim como de outros órgãos, quando se espera o nascimento antes de 34 semanas de gestação, sempre que possível, são administrados corticosteroides à mãe.

Se, após o nascimento, o recém-nascido apresentar dificuldade respiratória, devido à imaturidade pulmonar (doença da membrana hialina), necessitará de suporte respiratório nos primeiros dias por meio da administração de surfactante exógeno, medicamento que contribui para a maturação pulmonar. Maia *et al.* (2019), afirma que esses pulmões imaturos correm maior risco de complicações, como vazamento de ar (enfisema pulmonar ou pneumotórax), infecção (pneumonia) ou crescimento e maturação anormais (displasia bronco pulmonar, doença pulmonar crônica).

Hemorragia cerebral ou danos à substância branca do cérebro (leucomalácia). É a

complicação mais temível no prematuro. Martins, Moraes, Xavier (2020), explicam no seu estudo que é mais frequente em prematuros muito imaturos e naqueles com patologias graves. Existem hemorragias ou leucomalácia de diferentes graus, em diferentes localizações e com diferentes extensões que carregam diferentes prognósticos.

Persistência do canal arterial. É o conduto que conecta a artéria aorta com a artéria pulmonar e deve se fechar espontaneamente nas primeiras horas ou dias de vida. Horta, Soares (2020), afirma que caso isso não ocorra, pode levar à sobrecarga cardíaca ou pulmonar (taquicardia e edema pulmonar).

Pausas respiratórias, mais ou menos prolongadas, geralmente devidas à imaturidade do sistema nervoso prematuro. Lima *et al.* (2020), afirmam que eles geralmente são acompanhados por diminuição da frequência cardíaca e/ou diminuição da saturação de oxigênio.

Inflamação intestinal grave (enterocolite necrosante). Pode ser uma das complicações mais graves do parto prematuro. Santos *et al.* (2021), afirma que é devido ao fato de que o sangue insuficiente atinge uma área mais ou menos extensa do intestino e uma lesão é produzida na mucosa intestinal que pode ser extensa ou atingir a perfuração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cesárea é procedimento indispensável na obstetrícia e, é frequentemente utilizada para a resolução de situações de risco tanto para a parturiente quanto para o feto em processo de trabalho de parto. Porém, é necessário conhecimento profundo de seus riscos e implicações para uma indicação médica realmente adequada e inclusive para que, em caso de solicitação de cesárea por parte da mulher se considere uma solicitação aceitável, onde o médico deve fazer um aconselhamento adequado a fim de que a mulher possa tomar uma decisão mais consciente sem respectivos problemas futuros ao neonato.

Observou-se incidência comparativa de cesáreas eletivas com referência aos partos normais acompanhados de complicações com significância relativa em partos eletivos. E maior risco de complicações pós cirúrgicos se manteve após controles maternos e neonatais.

O estudo também definiu que o aumento das taxas de cesariana está na sua maior parte associado às maiores morbidade e mortalidade materna e neonatal, mesmo após ajuste nas características demográficas, estatísticas, fatores de risco, complicações clínicas de gravidez, tipo e complexidade do parto assistido.

Os dados demonstram que o prognóstico e a sobrevivência dos prematuros estão diretamente relacionados à idade gestacional e ao peso ao nascer. A prematuridade costumava ser uma das principais causas de morte infantil, mas as melhorias nos cuidados com os recém-nascidos e nas técnicas médicas aumentaram a sobrevivência de bebês prematuros.

Portanto, é importante envolver os profissionais de saúde e considerar a implementação de programas de acompanhamento como objeto de pesquisa para o recém-

nascido prematuro de alta, a fim de verificar os benefícios de intervenções precoces em neonatos. Os resultados podem contribuir para avaliar intervenções e melhorar a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

MAIA, L.C.S. *et al.* **Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul.** Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 2, n. 5, p. 4052–4070, 2019.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* **Fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita.** Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 28, 2021.

SANTOS L.M. *et al.* **Caracterização de nascidos vivos prematuros em um município do nordeste brasileiro.** Rev Soc Bras Enferm Ped. 21(2):85-90. 2021.

LEAL, M.C. *et al.* **Prenatal care in the Brazilian public health services.** Revista de Saúde Pública [online]. v. 54.n. 08. 2023.

TRAEBERT, J. *et al.* **Fatores associados à prematuridade em gestantes portadoras do vírus HIV em um estado do Sul do Brasil.** Arquivos Catarinenses de Medicina, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 16–25, 2019.

DIAS, B.A.S. **Recorrência da cesariana e da prematuridade na pesquisa Nascer no Brasil.** 2021. 156 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

LIMA, L.S. *et al.* Cuidados de enfermagem na termorregulação de recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 25, out. 2020.

ALMEIDA, A.H.V. *et al.* **Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 12, p. e00145919, 2020.

MARTINS, J.; MORAES, L.J.A.; XAVIER, P.B. **Prematuridade: um problema que persiste.** Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão, [S. l.], p. e25810, 2020.

SANTOS, A.E.H.R.; BITTI, I.N.V.; REIS, J.R. **Incidência de crianças prematuras e as intervenções fisioterapêuticas.** Rumos da informação. Vol. 4, n.1. 2022.

MAIA, A.A.A. *et al.* **Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.15, n.2, p.e9711, 2022.

ALBERTON, M.; ROSA, V.M.; ISER, B.P.M. **Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011-2021.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 2, p. e2022603, 2023.

MARTINELLI, K. G. *et al.* **Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 38, p. e0173, 2021.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* **Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 10, p. e00214918, 2019.

CASARIN, S. T. *et al.* **Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health.** Journal of Nursing and Health, 10(5), e20104031. 2020.

FONTANA, F.; VIEIRA, I.S.; SOUZA, L.D.M. **Perfil dos recém-nascidos prematuros atendidos no seguimento ambulatorial em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e4988, 2021.

JANTSCH, L.B. *et al.* **Fatores obstétricos associados à prematuridade moderada e tardia.** Enf Global [Internet]: 20(1):23-58. 2021.

CHERMONT, A.G. *et al.* **Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 39, p. e2110, 2020.

LEIVAS, D.V.P. *et al.* **Fatores de risco e causas relacionadas à prematuridade do recém-nascido em uma instituição hospitalar.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e55610918431, 2021.

PITILIN, É.B. *et al.* **Fatores perinatais associados à prematuridade em unidade de terapia intensiva neonatal.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 30, p. e20200031, 2021.

NUNES, A.M.L. **A importância do método canguru para recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 400–407, 2022.

SOUZA, A.C.F.S.E.; CASAIS-E-SILVA, L.L.; SENA, E. P. **A influência da prematuridade no desenvolvimento das habilidades fonológicas.** Revista CEFAC, v. 21, n. 4, p. e13118, 2019.

CARVALHO, S.S.C.; OLIVEIRA, B.R. **Fatores preditivos para a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo caso-controle.** Revista Educação em Saúde; 7 (1): 100 – 108. 2019.

HORTA, K. C.; SOARES, A.M. **O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras.** Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 58467–58475, 2020.

GALVÃO, T.F.; TIGUMANA, G.M.B. **Declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 31(2): e2022107, 2022.

Psicanálise: livre associação e os desafios na atualidade

Francisco Ronaldo da Silva Farias

Acadêmico do curso de Pós-graduação da Faculdade São Marcos

Dorgiane Morais da Silva

Orientadora externa, psicóloga clínica, membro da SBP, CRP 21/02452

RESUMO

Mudanças significativas são observadas no âmbito da subjetividade e das expressões da cultura humana. Percebe-se objetificação ou reificação dos sujeitos nos diversos contextos, no discurso da experiência pessoal e nas interações humanas. Forças estruturais, eventuais, objetivas e subjetivas precisam ser consideradas para compreender a objetificação do ser humano na pós contemporaneidade, nesse sentido esse artigo tem como objetivo compreender o papel da Psicanálise na pós-contemporaneidade e o lugar das livres associações no discurso. As leituras analisadas levaram a concluir que a associação livre é um pilar da psicanálise cujo objetivo é permitir que os pensamentos se desenvolvam espontaneamente, sem qualquer intervenção do analista, essa técnica é considerada relevante na psicanálise contemporânea e pode ser uma forma eficaz de explorar e compreender a si mesmo, ao mundo, as pessoas e os problemas sociais.

Palavras-chave: psicanálise; livre associação; pós-contemporaneidade. desafios.

ABSTRACT

Significant changes are observed in the scope of subjectivity and expressions of human culture. Objectification or reification of subjects is perceived in different contexts, in the discourse of personal experience and in human interactions. Structural, eventual, objective and subjective forces need to be considered to understand the objectification of human beings in post-contemporaneity. In this sense, this article aims to understand the role of Psychoanalysis in post-contemporaneity and the place of free associations in discourse. The analyzed readings led to the conclusion that free association is a pillar of psychoanalysis whose objective is to allow thoughts to develop spontaneously, without any intervention from the analyst. This technique is considered relevant in contemporary psychoanalysis and can be an effective way of exploring and understanding yourself, the world, people and social problems.

Keywords: psychoanalysis. free association. post-contemporaneity. challenges.



INTRODUÇÃO

Alterações significativas podem ser observadas no campo das subjetividades e na expressão da cultura humana em todo o mundo, há um deslocamento para a objetificação ou reificação dos sujeitos que são observados no discurso das experiências pessoais e nas interações entre os humanos nos mais diversos contextos, no que se inclui amor, trabalho e produção de artefatos culturais.

O desenvolvimento e cultivo de relacionamentos humanos são definidos por dinheiro, poder, produção, imagem e consumo há muito tempo. As ciências psicológicas devem reconhecer essas armadilhas na cultura atual, a fim de evitá-las. No que diz respeito à psicanálise, sua metodologia está em oposição direta aos atuais conceitos popularmente difundidos no mundo.

Bauman (2004) discute a fragilidade do vínculo humano e o amor em forma líquida. Caos, fluidez e transitoriedade definem as conexões sociais atuais. A confiança é destruída. Existe a futilidade do ser humano. A rápida comunicação eletrônica em nosso mundo digital, a rede global e a fluidez do mercado de trabalho contribuem para o nosso contexto, dentre outros aspectos apontados pelo autor.

Reconhecemos que as experiências pessoais e as interações humanas evoluíram ao longo do tempo, juntamente com transformações globais que foram políticas, econômicas, sociais, psicológicas, biológicas, físicas e tecnológicas e que afetam a vida humana.

Lopes e colaboradores (2016), vivemos um período de novas tecnologias e conexões virtuais, que anulam as distâncias físicas e criam novos contextos. Essas mudanças repercutem nos laços sociais e psicológicos, o que representa um desafio para a psicanálise no momento em que lida com o sujeito falante.

Notamos que o aspecto mais vulnerável dos seres humanos hoje é a sua objetificação. Pensamos nisso como desindividuação, a perda ou dessubjetivação das características humanas individuais. Perder a liberdade pessoal é extremamente cruel. É uma forma de desapropriação, uma tentativa de silenciar quem fala, de tirar-lhe a liberdade.

O processo de transformar pessoas em objetos é assustador. Os requisitos básicos para uma vida que promova a expressão criativa foram eliminados. Hoje, muitas vezes as pessoas são consideradas objetos simples e julgadas conforme seu poder aquisitivo, classe social, bens, corpos, questão complexa na pós-contemporaneidade (Barreto, 2018).

Ritzer (1993) fala sobre a socialização McDonald's da sociedade, o que permite muitas reflexões sobre a vida social. A busca por sermos seres humanos com eficiência, controle sobre as diferentes esferas da vida, com capacidade de previsibilidade e com racionalização pode ser considerado uma meta inatingível em escala global.

Esse modelo fast food proposto por Ritzer é a forma mais comum de construção sociocultural da humanidade e se expande a cada dia. Nesse contexto: Como discutir a prática da psicanálise e a vida de ser humano? Ser humano, no contexto, como sujeito no sentido psicanalítico e, portanto, diferente de um objeto ou coisa, distinto de um produto, como percebido pelas sociedades de consumo ou diferente de um fetiche (objeto do modo

de funcionamento perverso).

A descartabilidade é um componente significativo em diferentes ambientes de existência. O amor, o trabalho e a criação são afetados, negativamente, pela cultura do desperdício em vários níveis, no atual contexto de relacionamentos fracos, tecnologia excessivamente moderna e massificação que não é incomum ser usada para objetificar os seres humanos. Quando a mãe substituta de uma criança é um iPhone ou o paciente do médico é uma máquina, desprovida de subjetividade ou quando os indivíduos são mal assimilados por meio de perfis inusitados e notícias falsas há descartabilidade.

Inúmeras forças estruturais, eventuais, objetivas e subjetivas precisam ser consideradas para compreender a objetificação do ser humano hoje. Não queremos vê-los como supostamente globalizados, mas sim como um meio de levantar questões num debate infinito, por isso as questões que norteiam esse estudo são: Quais são as liberdades humanas possíveis no nosso tempo? Os indivíduos falantes podem se expressar livremente durante as discussões psicanalíticas? A fim de responder a essas questões esse artigo tem como objetivo Compreender o papel da Psicanálise na pós-contemporaneidade e o lugar das livres associações no discurso.

LIBERDADE E ASSOCIAÇÕES LIVRES NA PÓS-CONTEMPORANEIDADE

A evolução humana foi significativa e continuou a ocorrer nas últimas décadas e ainda será significativa no novo milênio. Vamos nos concentrar nesse estudo na crescente objetificação da humanidade enquanto o mundo passa por alterações avançadas, como no campo tecnológico.

Schwab (2017) descreve a próxima quarta revolução industrial. Ele afirma que está alterando a forma como vivemos, como nos conectamos com os outros e como trabalhamos, utilizando tecnologias digitais, biológicas e físicas, o que terá um impacto significativo no mundo e na população.

Reconhecemos que a psicanálise é muito diferente da manufatura. Podemos considerar os empreendimentos artísticos singulares no que diz respeito ao tempo, ao espaço e aos traços que os definem. É um meio de comunicação com outras pessoas num papel estrangeiro que reflete os padrões prevaletentes no mundo. Não é uma tradição que segue o curso do progresso humano.

Muitos dos efeitos das transformações na existência humana hoje, tanto como cidadãos como analistas atingem e são perceptíveis nas formas de se relacionar. Outros aspectos das transformações humanas e sociais associadas às aquisições tecnológicas, à crescente prevalência do consumo de massa e à procura da imagem mais atraente, tanto de natureza narcisista como tendo uma associação direta com o ser humano, contribuem para o distanciamento do que é típico de ser humano.

Especificamente, considerando a liberdade dos sujeitos e suas associações, podemos discutir alguns dos efeitos da evolução humana, especialmente no que diz respeito à objetificação das pessoas e do mundo hoje, o que não é questão fácil.

A ideia de liberdade não é consistente nas diferentes disciplinas do conhecimento e na psicanálise, especificamente. Na obra de Freud, existem múltiplas definições, o que cria um problema quanto ao potencial de liberdade humana.

Freud (1930) descreve uma sociedade civilizada como tendo uma renúncia à livre expressão dos desejos em troca de segurança, o que gera desconforto. Isto implica que, para Freud, que os sujeitos não são completamente autônomos. Porém, a psicanálise não abre mão do potencial de liberdade nas experiências que são reconhecidas e utilizadas no inconsciente do paciente.

Reis (2015) menciona que as raízes da psicanálise estão centradas na emancipação do sujeito. Esse autor afirma ainda que a psicanálise se dedica especificamente à singularidade de um sujeito que deseja se diferenciar de outras práticas que focam nas adaptações do sujeito.

Di Matteo (2014) estuda os efeitos da liberdade com base no inconsciente e considera os limites e potencialidades da liberdade humana em outras áreas, entre outras coisas. O autor insinua que a suposta liberdade contemporânea do sujeito faz com que ele busque mais a medicação do que a experiência da psicanálise. Ele também observa que há algo que não podemos escolher, mas que ainda tem uma semelhança com a nossa responsabilidade humana.

A liberdade é essencial ao ser humano. O seu potencial de construção permanece um mistério parcialmente compreendido. No entanto, procuramos criar essas oportunidades como psicoterapeutas na nossa prática ou através do envolvimento comunitário, principalmente, porque acreditamos que estas oportunidades são limitadas num mundo cheio de experiências horríveis numa variedade de contextos.

Nesse sentido, a associação livre demonstra a forma única de duvidar da tecnologia, ou seja, ao compreender que a causa das patologias não se encontram na consciência, assim o método de investigação de Freud é a suspeita. Para ele, a analogia entre o analista e o arqueólogo era possível, porque ambos procuravam algo enterrado. Ambos trabalharam com cuidado para não danificar o que pudessem encontrar e sem saber, exatamente, o que os esperava. Eles sabem apenas que a história de seus sujeitos está arquivada diante deles em ordem cronológica inversa e hierárquica (Freud, 1896).

Contudo, podemos dizer que os analistas têm de enfrentar alguns obstáculos especiais. Referimo-nos às metarrepresentações conscientes que podem não ser aquelas que estão no cerne da patologia. Assim, semelhante ao fenômeno da refração estudado na física, na qual a velocidade e o caminho da luz se desviam ao passar entre dois meios diferentes, as metarrepresentações representam um desafio aos analistas porque, após atingirem a consciência, caem em um estado menor. Associações positivas, fortes e divergentes do curso original. Então é sua responsabilidade seguir o rastro deles. Mediado pela atenção uniformemente flutuante, o analista sabe que a técnica psicanalítica não pode priorizar nada de imediato, pois entende que diante de mecanismos psicológicos como defesas e resistências, leva tempo para a verdade do paciente emergir (Freud, 1896).

Hoje observamos frequentemente a incapacidade das pessoas de criar espaços psicossociais verdadeiramente existentes. As pessoas não têm experiências existenciais

significativas, suas vidas carecem de sentido ou propósito devido ao contato tênue consigo mesmas e com os outros, e são obcecadas por dispositivos virtuais. Eles são incapazes de falar sobre si mesmos em momentos diferentes. Podem receber rótulos psiquiátricos e psicológicos, ou evitar qualquer tratamento de saúde mental, porque não querem ser incluídos, com eventuais consequências em alguns casos. Porém, quanto mais buscam a liberdade, mais ela tende a si dissipar.

Num mundo de objetificação humana e de muitas mudanças, que liberdade resta hoje para quem frequenta reuniões psicanalíticas e faz uma jornada analítica? Como podemos falar de psicanálise sem o conceito e a prática da liberdade? Sabemos que os agentes livres não podem ser reduzidos às condições das coisas ou dos objetos.

O sujeito livre é o sujeito criativo que podem vivenciar a espontaneidade na análise mesmo que seja resistente ou reprimido, principalmente, por motivações inconscientes. Então, como podem aqueles que procuram a psicanálise criar associações livres nas sessões psicanalíticas do nosso tempo?

Em seu conceito de liberdade, Freud (1996) acreditava que a regra básica da psicanálise é dizer tudo o que vem à mente sem críticas. Esse conceito aparece em diferentes textos freudianos, mas não os examinaremos numa perspectiva histórica nem reconstruiremos todas as etapas da invenção tecnológica de Freud. Hall e Lindzey (1984) falam sobre a técnica de associação livre de Freud e explicam que após usar hipnose e métodos catárticos, o pai da psicanálise desenvolveu sua técnica de associação livre, que incluía pedir aos pacientes que relatassem como pensavam em tudo sem se preocupar, sem limitações de lógica, de organização ou de expressão significativa, até mesmo limitações que parecem absurdas ou inadequadas.

Etchegoyen (1987) alerta que devido à resistência e à repressão o paciente não dirá tudo o que pensa, mesmo na última sessão de um longo trabalho analítico, e que o descumprimento da associação livre é uma dimensão do trabalho analítico.

Através da associação livre e de outros pilares do método psicanalítico, podemos ouvir as influências inconscientes de nossos pacientes. Um conceito central na nossa escuta, intimamente relacionado com a associação livre é a atenção flutuante.

A atenção flutuante envolve suspender, tanto quanto possível, aquilo em que habitualmente se concentra. Dessa forma, o psicanalista não prioriza nenhum elemento do discurso do paciente. Seria recomendação técnica de Freud que o psicanalista permitisse que suas atividades inconscientes funcionassem tão livremente quanto possível (Freud, 1996; Laplanche, Pontalis; 1992).

Argumentamos que a abordagem freudiana enfatiza o lugar da liberdade do paciente e sua relevância no método psicanalítico. As regras ou recomendações da associação livre têm muitas implicações para as sessões psicanalíticas.

Devido às atuais mudanças na existência humana, observamos cada vez mais dificuldades de associação livre em alguns pacientes, mas é prematuro considerar isso uma contraindicação à psicanálise. Porém, devido às mudanças na existência humana atual, observamos cada vez mais dificuldades de associação livre em alguns pacientes.

Podemos começar a trabalhar nos passos para alcançar a capacidade de associação livre e considerar outras possibilidades de utilização de métodos psicanalíticos em determinadas situações específicas, continuando a respeitar a liberdade do sujeito. Se pensarmos na liberdade do sujeito e em como criá-la no encontro psicanalítico, talvez possamos responder aos desafios contemporâneos e às previsões de alguns autores sobre o futuro da humanidade.

As pesquisas no campo das doenças psicossomáticas também podem nos ajudar a pensar as mudanças no processo de simbolização do sujeito no mundo atual, o que lança luz sobre os desafios da construção da prática no campo da psicanálise. Figueiredo (1997) discute como a psicanálise pode ser aplicada a serviços fora da clínica, mas pode ser aplicada a ambulatórios públicos, hospitais, instituições judiciárias, etc. Para o autor, esse trabalho possui algumas qualificações básicas, baseia-se na metapsicologia freudiana e nos ensinamentos de Lacan.

A psicanálise procede da realidade psicológica e, portanto, as palavras do sujeito são de suma importância, isso resolve parcialmente o impasse entre as regras da livre associação e o direito do sujeito de não produzir provas contra si mesmo, uma vez que as verdades inconscientes e íntimas do sujeito se impõem e na realidade dos outros causam impacto, compartilhamento social e jurídico. Assim, convidar os sujeitos a falarem sobre si mesmos sempre lhes confere influência sobre seu comportamento verbal e seus efeitos, sugerindo que a realidade é sempre psicológica e que estamos sempre reagindo a ela (Figueiredo, 1997).

A posição da psicanálise num mundo formalizado é significativa e traz a perspectiva de um futuro não possível de ser especificado. A psicanálise pode aparecer como uma possibilidade de existência de sujeitos não observados. É crucial que os psicoterapeutas considerem a cultura através das lentes psicanalíticas hoje e no futuro.

Assim como o médico pode ser considerado um medicamento (Balint, 2007), o psicanalista também pode ser considerado um remédio para o paciente, para que a experiência psicanalítica singular se torne mais potente, com impacto na subjetividade e na vida coletiva (Barreto, 2019). Contudo, é de extrema importância que a prática psicanalítica contemporânea trabalhe em benefício do sujeito e de sua liberdade diante do desconforto causado pela objetificação do mundo social em que vivemos.

A técnica da associação livre constitui a regra fundamental da psicanálise e é um aspecto crucial do processo terapêutico, pois permite ao paciente acessar seus pensamentos e sentimentos mais íntimos, levando a uma maior autoconsciência e crescimento pessoal. Aplicar a técnica da associação livre aos assuntos atuais pode fornecer uma perspectiva única sobre os eventos que se desenrolam ao nosso redor. Ao nos permitirmos falar livremente sobre nossos pensamentos e emoções relacionados aos eventos atuais, podemos obter uma compreensão mais profunda de nossos próprios preconceitos, crenças e motivações, o que leva a uma maior empatia e a uma compreensão mais matizada de questões sociais e políticas complexas. Além disso, a psicanálise de associação livre pode nos ajudar a identificar padrões em nosso próprio pensamento e comportamento, permitindo-nos tomar decisões mais conscientes e evitar a repetição de padrões negativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do futuro da psicanálise é um grande desafio e exige a consideração dos rumos que os psicanalistas devem seguir. Por um lado, há que ter em conta o risco de desaparecimento da psicanálise e das instituições psicanalíticas; por outro lado, há que ter em conta que os psicanalistas podem continuar a construir a história da psicanálise, reconhecendo a sua fragilidade e o seu poder na era contemporânea.

O futuro dos métodos psicanalíticos pode ser considerado inovador e fecundo. Contudo, a psicanálise precisa enfrentar os conflitos e mudanças atuais para fortalecer a existência de suas diferentes perspectivas teóricas e clínicas. Nesse contexto, a experiência humanizadora é considerada arte criada no âmbito da subjetivação em encontros psicanalíticos reais no mundo corporificado.

Percebemos que os sujeitos e as conexões sociais são comprometidos pela objetificação de hoje, então resgatar a condição humana que perdemos através da crescente dessubjetivação é um dos nossos problemas sociais e da prática psicanalítica padrão ou reinventada. Segundo Freud, a arte pode ser considerada em termos de criação, levando em consideração que nem todos têm a capacidade de criar grandes mistérios.

O autor menciona que a arte da psicanálise consiste em demarcar o espaço psicológico privado para ampliar potencialidades e gerar novos significados e mais criatividade, participando assim da construção da subjetividade humana. Lembramos a forma de pensar de Freud sobre a relação entre arte e psicanálise, com base em Leonardo da Vinci: assim como a escultura, o método psicanalítico elimina o supérfluo e permite que a estátua adormecida emergja do mármore.

Sabemos que a psicanálise padrão funciona através das associações livres do analisando e de técnicas e circunstâncias. Às vezes, porém, o analista escuta em outros ambientes e condições, variando a técnica padrão por diversas razões, sem esquecer a possível liberdade do sujeito. Num mundo cheio de mudanças, os dois pontos de vista precisam de mais diálogo sem criar distanciamento.

Além disso, é crucial que os psicanalistas estejam livres de serem engolidos pela objetificação do mundo no momento histórico em que vivemos. Portanto, a questão da liberdade está intimamente relacionada com a dignidade da vida humana, é de suma importância na psicanálise e em outras áreas do conhecimento e deve ser tema de debate contínuo.

Ademais, a liberdade é central para os psicanalistas não serem engolidos pela coisificação do mundo no momento histórico em que vivemos. Portanto, a questão da liberdade, profundamente relacionada à dignidade da vida humana, é de significância máxima na psicanálise e em outros campos do conhecimento e deve ser uma questão de debate em andamento.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução: Roberto de Oliveira Musachio. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARRETO, R. A. O futuro do ser humano no mundo das coisas. **A Tarde**, Salvador, 22 out. 2018.

BARRETO, R. A. Sobre o futuro da psicanálise no mundo das coisas. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 48, p. 79-88, dez. 2017.

BARRETO, R. A. Um profissional de saúde mais humano como medicamento. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 51, p. 177-182, jul. 2019.

BARRETO, R. A. **Uma análise institucional do discurso em grupo com dentistas: cenas e posições**. 2009. 198 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BARRETO, R. A.; SANTANA, J. P. C; LINHARES, J. S.; ROLEMBERG, M. R. B. S.; ANDRADE, S. B. C. A arte de grupos de discussão sobre a hospitalização. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 43, p. 145- 152, jul.. 2015.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

DI MATTEO, V. Filosofia e liberdade: o desafio da psicanálise. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 42, p. 135-144, dez. 2014.

ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Tradução: Cícero G. Fernandes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência** (1912a). O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Direção-geral de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (1930 [1929]). O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). Direção geral de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise** (1912b). O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Direção-geral de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HALL, C. S.; LINDZEY, G. **A teoria psicanalítica de Freud. Teorias da personalidade**. Tradução de Maria Cristina Machado Kupfer. São Paulo: EPU, v. 1. p. 23-53, 1984.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. Direção de Daniel Lagache. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LOPES, A. J.; BARBIERI, C. P.; RAMOS, M. B. J.; BARRETO, R. A. **Conexões virtuais**: diálogos com a psicanálise. São Paulo: Escuta, 2016.

REIS, L. N. Freud e Arendt: a emancipação como princípio do laço social. **Analytica**, São João del-Rei, v. 4, n. 6, p. 112-137, jan./jun. 2015.

RITZER, G. **The mcdonaldization of society**. Thousand Oaks: Pine Forge, 1993.

ROSSI, C. **Arte e psicanálise na construção do humano**. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 25-27.

SCHWAB, K. **The Fourth Industrial Revolution**. New York: Crown Business, 2017.

SOUSA, L.A.F. **A associação livre em Freud: fundamento do tratamento psicanalítico**. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Organizadoras

Jaqueline Basso Stivanin

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (2009). Mestre em Saúde da Criança, pela Pontifícia Universidade Católica do RS-PUCRS, Porto Alegre (2012). Formada na licenciatura do Programa Especial de Graduação de Formação Pedagógica de Professores (PEG/UFSM/ 2012-2013). Doutora em Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do RS-PUCRS, Porto Alegre (2015). Pesquisadora na área de neonatologia, fisioterapia respiratória e surfactante pulmonar. Especialista em Pediatria e Saúde da Criança reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional /Coffito (2014). Especialização em Fisioterapia Respiratória pela Faculdade Batista de Minas Gerais (2021). Especialista em Fisioterapia intensiva pela FAMART (2022). Especialização em andamento de Fisioterapia Intensiva pediátrica e Neonatal pela Prominas (2023). Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HUSM/EBSERH, desde 2014.

Jaquiele Jaciara Kegler

Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Doutora em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde do Neonato, Criança, Adolescente e Família. Atua nas temáticas: saúde do neonato, cateter central de inserção periférica (PICC), intensivismo neonatal, estresse de pais e assistência à família.

Índice Remissivo

B

bebê 57, 58, 59, 62, 65, 66, 67, 68

C

crianças 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 35, 37, 38, 41, 43, 44,
45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54

D

desafios 72, 77
doenças 57

E

enteral 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18
escalas de dor 27, 32
estresse 57, 63
expectativas 35, 36, 37, 39, 47, 52, 55

F

filhos 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 56
fisioterapeuta 27, 29
fisioterapia 35, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
55

G

graves 9, 10, 14
gravidez 57, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70

I

imaturo 57

L

livre associação 72, 77

M

mortalidade 19, 25

multidisciplinariedade 27

N

neuroológicas 35, 37, 39, 51, 56

neuroológicos 35, 39, 51

nutrição 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17

P

paciente 27, 28, 29, 31, 32

pacientes 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16

país 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
49, 50, 51, 52, 53, 54, 56

parto 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

parto eletivo 57, 60, 61, 65, 68

parturientes 57, 58, 59, 60

patologias 35, 37, 39

pediatria 19, 20, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34

pediátrica 27, 28, 32, 33

pediátricos 9, 10, 11, 13, 16

pós-contemporaneidade 72, 73, 74

prematuridade 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 69, 70,
71

processos 10

psicanálise 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80

pulmões 19

R

recém-nascido 57, 58, 59, 60, 67, 68, 69, 71

riscos 57, 58, 59, 60, 61, 62, 69

S

sistema 5

T

trabalho de parto 57, 59, 62, 63, 66, 67, 68, 69

traqueostomia 19

tratamento 9, 13, 16, 17

tratamento intensivo 9, 13, 16

U

unidade de terapia Intensiva 19

V

ventilação não invasiva 19, 20, 21, 24

vias aéreas 19, 20, 21, 24

VNI 19, 20, 21, 22, 24, 25



AYA EDITORA
2024

