

**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

---

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)**



**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

---

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)**



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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

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

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

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

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas /  
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta  
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-564-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.645210810>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito  
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

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

## APRESENTAÇÃO

Sabemos que o trabalho do médico humanitário envolve uma grande variedade de atividades que podem girar em torno de diversas atividades. Existe um longo e vasto caminho muitas vezes pouco iluminado pelos sistemas de comunicação, mas que são uma base essencial para o desenvolvimento dessa ciência. Exemplos como de equipes médicas que atuam em situações de conflito e pós-conflito, no controle e combate às doenças epidêmicas, no atendimento emergencial às vítimas de catástrofes naturais, e garante atendimento médico às pessoas excluídas dos sistemas de saúde locais, contribuem para esse entendimento.

A proximidade com o paciente e os valores éticos necessitam ser valorizados e incentivados, pois geram possibilidades além de pressionarem grandes indústrias e governos para que medicamentos acessíveis e de qualidade cheguem às populações mais pobres do mundo.

Tendo em vista a dimensão e a importância dessa temática, a mais nova obra da Atena Editora, construída inicialmente de três volumes, direciona ao leitor um novo material de qualidade baseado na premissa que compõe o título da obra.

Situações de emergência pedem resposta rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico, mas falhas crônicas no sistema de saúde local, como a escassez de instalações de saúde, de profissionais qualificados e a inexistência da oferta de serviços gratuitos para populações sem recursos financeiros, também podem motivar a atuação da organização. Ou seja, uma amplitude de temas que aqui serão abordados dentro dos diversos campos de atuação dos profissionais envolvidos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, trás ao leitor produções acadêmicas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com ênfase na promoção da saúde em nosso contexto brasileiro. Desejamos que a obra “Medicina: Longe dos holofotes, perto das pessoas” proporcione ao leitor dados e conhecimento fundamentado e estruturado.

Tenham todos uma ótima leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

**A EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAR OS PAIS NO FINAL DE VIDA: UM OLHAR SOBRE OS FILHOS DE PACIENTES COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Jade Silveira da Rosa

Mariana Calesso Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108101>

### **CAPÍTULO 2..... 14**

**AÇÃO DO MINÉRIO DE FERRO COMO AGENTE POTENCIALIZADOR DE VÍRUS ENTÉRICO NA ÁGUA DE ÁREAS AFETADAS PELO ROMPIMENTO DE BARRAGEM DE MINERADORA EM MINAS GERAIS, BRASIL**

Maria Célia da Silva Lanna

Edgard Gregory Torres Saravia

Rafael Aldighieri Moraes

Regina Aparecida Gomes Assenção

Juliana Virgínia Faria Pereira

Estevan Rodrigues dos Santos Neto

Iago Hashimoto Sant'Anna

Mariana Moreira

Letícia Teresinha Resende

Sheila Drumont

Ludymyla Marcelle Lima Silva

Gislaine Fongaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108102>

### **CAPÍTULO 3..... 21**

**ACHADO DE TUBERCULOSE MILIAR EM PACIENTE POUCO SINTOMÁTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Julia Ribeiro Romanini

Gabriel Nogueira Zuntini

Sarah Fernandes Pereira

Renata Silvia da Silva Amoroso Luque

Luciana Marques da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108103>

### **CAPÍTULO 4..... 28**

**AFETO E SUAS MANIFESTAÇÕES: IMPACTO DO COVID19 NA SAÚDE MENTAL DOS BRASILEIROS**

Carolina Ferraz Santos Sampaio

Nirvana Ferraz Santos Sampaio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108104>

### **CAPÍTULO 5..... 35**

**AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE SEGUIMENTO EM TERAPIA INTENSIVA – HUOP**

Aline Vaneli Pelizzoni

Amaury Cezar Jorge  
Bruna Freire Ribeiro  
Cristiane de Godoy Sartori Zimmer  
Claudia Rejane Lima de Macedo Costa  
Daniela Prochnow Gund  
Érica Fernanda Osaku  
Jaquiline Barreto da Costa  
Jefferson Clayton da Silva Oliveira  
Pedro Henrique de Araújo  
Sheila Taba  
Tarcísio Vitor Augusto Lordani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108105>

## **CAPÍTULO 6..... 44**

### **ANGIOMIXOMA SUPERFICIAL DE VULVA – RELATO DE CASO**

Bruno Gustavo dos Santos  
Bruno Rosa de Souza  
Gustavo Antônio de Paula Prado  
Henrique Barbosa de Abreu  
Henrique Serra de Mello Martins  
Viviane Rezende de Oliveira  
Ceres Nunes de Resende

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108106>

## **CAPÍTULO 7..... 48**

### **ATENDIMENTO VIRTUAL A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS PELA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Karla Corrêa Lima Miranda  
Niveamara Sidrac Lima Barroso  
Simone Maria Santos Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108107>

## **CAPÍTULO 8..... 52**

### **AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS: ESTUDO OBSERVACIONAL**

Luiza Betiolo Martins  
Breno Aires de Souza  
Paloma Oliveira de Vasconcelos  
Gabriela Itagiba Aguiar Vieira  
Flávio Bittencourt

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108108>

## **CAPÍTULO 9..... 63**

### **CARACTERIZAÇÃO DE DUAS PLATAFORMAS DE REGISTRO DE PROTOCOLO PARA REVISÃO DE ESCOPO**

Mauro Leno Rodrigues de Souza

Janaína de Oliveira e Castro  
Celsa da Silva Moura Souza  
Flávia Tavares Silva Elias  
Erica Tatiane da Silva  
Erika Barbosa Camargo  
Edson de Oliveira Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6452108109>

**CAPÍTULO 10..... 73**

**CASE REPORT: GRADE II NEUROENDOCRINE TUMOR OF THE ILEUM**

Ana Clara Vieira Alexandre  
Janaína Gatto  
Julio Cesar Zanini  
Ivana Willington  
Nathalia Kauka Cardoso  
Gabriel Brisot  
Diego Aparecido Gaspar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081010>

**CAPÍTULO 11 ..... 75**

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE PARKINSON NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

João Pedro Belchior Santos  
Francielly Baêta Lacerda  
Leandro Almeida de Oliveira  
Larissa Regina Bellato  
Marcos Gonçalves Santana  
Shana Pereira de Lima Lana  
Kemile Albuquerque Leão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081011>

**CAPÍTULO 12..... 86**

**DOENÇA DE NIEMANN-PICK EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO**

Cristian Walter Bravo  
Afanásio D'assunção da Cunha Lisboa  
Afonso Virgulino de Oliveira Neto  
Erick Jardel Mendes Pereira  
Rafael Bruno  
Ismael Nobre de Sena Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081012>

**CAPÍTULO 13..... 91**

**ESTRESSE E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM PROFISSIONAIS DE MEDICINA: DA GRADUAÇÃO À LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19**

Nicole Zanzarini Sanson  
André Guizelini Ferreira da Silva  
Carolina Fernanda Machado

Clarissa Brettas Moraes  
Daniela Santos Tavares  
Isabela Camargo Prizon  
Isadora Ignácio Lourenço  
Karen Pereira Rocha  
Lorena Moreira Lavoyer  
Marina Guerra Rotelli  
Olívian Machado Rodrigues  
Otávio Augusto Silva  
Renata Kanaan Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081013>

**CAPÍTULO 14..... 95**

**FÁRMACO UTILIZADO NA PRÁTICA CLÍNICA E SUA RELAÇÃO COM O HIPOTIREOIDISMO: A AMIODARONA E O EFEITO WOLFF-CHAIKOFF**

Bárbara Garcia Carmo Rodrigues  
Carolina Crespo Istoe  
Claudia Caixeta Franco Andrade  
Joana Evangelista Amaral  
Julia Batista de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081014>

**CAPÍTULO 15..... 102**

**GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA: AVALIAÇÃO DA CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MACEIÓ EM 5 ANOS**

Amanda Lira dos Santos Leite  
Aldo Vieira Barros  
Oscar Cavalcante Ferro Neto  
Filipe Augusto Porto Farias de Oliveira  
Claudemiro de Castro Meira Neto  
Diego Windson de Araújo Silvestre  
Tainá Santos Bezerra  
Thiago Yamamoto Amaral  
Alberson Maylson Ramos da Silva  
Elson Alexandro Cordeiro Folha Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081015>

**CAPÍTULO 16..... 109**

**HEMIPLECTOMIAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA: UMA SÉRIE DE CASOS**

Ana Júlia Marquez Pajuaba  
Carla Aparecida Pinheiro  
Marcelo Bueno Pereira  
Roberto Reggiani  
Paulo Henrique de Sousa Fernandes  
Michel Jamil Chebel  
Marcelo Augusto Faria de Freitas

Camila Leles Nascimento  
Kelly Martins Kawakami  
Gustavo Braga Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081016>

**CAPÍTULO 17..... 113**

**INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES DE PACIENTES COM CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO**

Raquel Lie Okoshi  
Flávia Yumi Ataka  
Yuri Louro Bruno de Abreu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081017>

**CAPÍTULO 18..... 122**

**INFLUÊNCIA DA PRÁTICA CORPORAL CHINESA LIAN GONG NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS**

Luiz Felipe Ginuino Albuquerque  
Larissa Silva Sarmiento  
Tatyane Cavalcante Cordeiro de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081018>

**CAPÍTULO 19..... 135**

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POR MELANOMA METASTÁTICO EM INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO**

Fernanda Alonso Rodriguez Fleming  
Ketheryn Adna Souza de Almeida  
Vinícius Pessoa Galvão  
Marcelo Sá de Araújo  
Jadivan Leite de Oliveira  
Joana de Souza Lopes  
Júlia Alonso Lago Silva  
Elvira Alonso Lago

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081019>

**CAPÍTULO 20..... 140**

**MEDICINA & MÍDIA: USO E ACESSO A ESPAÇOS VIRTUAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE**

Nara Moraes Guimarães  
Vitor Hugo Ramos Alves  
Letícia Martins Bertati  
Milena Ferreira Bessa  
Leonice Domingos dos Santos Cintra Lima  
Danila Fernanda Rodrigues Frias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081020>

**CAPÍTULO 21..... 149**

**METODOLOGIAS ALTERNATIVAS DE ENSINO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA**

## ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO EDUCACIONAL

Gabrielle Souza Santos  
Marcelly Martins Alves  
Genilda Vicente de Medeiros Manoel  
Lídia Raquel Freitas  
Daniele Coutinho Pereira de Sousa  
Thayana de Oliveira Vieira  
Isabella de Lara Rosa da Silva  
Giovanna Faleiro Dias Techio  
Marcos Alexandre Borges de Souza  
Giselle Gabriele Ramos Queiroz  
Daniele Chaves Maximo da Silva  
Helena Portes Sava de Farias  
Alessandra Felix Andre Braga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081021>

## **CAPÍTULO 22..... 160**

### METODOLOGIAS ATIVAS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS EM ESPECIAL NA REGIÃO DO NORDESTE

Lucas Nogueira Fonseca  
Patrícia Maria Santos Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081022>

## **CAPÍTULO 23..... 165**

### PADRÃO DE CRESCIMENTO ATÉ AOS 24 MESES DE IDADE CORRIGIDA DE PREMATUROS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO (ACAR)

Rita de Cassia Fuga Berteli Fontes  
Amanda Vilas Boas Siqueira Nicodemo  
Rafaella Ribeiro de Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081023>

## **CAPÍTULO 24..... 179**

### POST-GENETIC TEST RESULT ANXIETY AND DEPRESSION IN ONCOLOGIC PATIENTS SUSPECTED FOR HEREDITARY BREAST AND OVARY CANCER (HBOC) OR LYNCH SYNDROME (LS)

Francisca Fernanda Barbosa Oliveira  
Maria Júlia Barbosa Bezerra  
Isabelle Joyce de Lima Silva-Fernandes  
Deysi Viviana Tenazoa Wong  
Paulo Goberlânio de Barros Silva  
Clarissa Gondim Picanço de Albuquerque  
Flávio da Silveira Bitencourt  
Rosane Oliveira de Santana  
Marcos Venício Alves Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081024>

<b>CAPÍTULO 25.....</b>	<b>182</b>
<b>RÉGUA ALIMENTAR E AROMATERAPIA: INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA MUNICIPAL JOSÉ GALETTI</b>	
Isadora Carvalho Almeida Gabriel Muniz Manholer Gabriela de Paula Machado Patrícia Fante de Oliveira Mayara Martins dos Santos Rafael Bayouth Padial	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081025">https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081025</a>	
<b>CAPÍTULO 26.....</b>	<b>187</b>
<b>RELATO DA PRIMEIRA GASTRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA, PARA TRATAMENTO DE UM CÂNCER GÁSTRICO, NO ESTADO DO PARANÁ</b>	
Flávio Daniel Saavedra Tomasich Ewerson Luiz Cavalcanti e Silva	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081026">https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081026</a>	
<b>CAPÍTULO 27.....</b>	<b>191</b>
<b>SARCOMA DE KAPOSI EM CRIANÇAS VIVENDO COM HIV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS SINTOMAS E FISIOPATOLOGIA</b>	
Matheus Corrêa Julia Wolff Barretto Luanna Maria Gusso Caneppele Oona Salomão Erdmann Rogerio Saad Vaz	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081027">https://doi.org/10.22533/at.ed.64521081027</a>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR.....</b>	<b>195</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>196</b>

## PADRÃO DE CRESCIMENTO ATÉ AOS 24 MESES DE IDADE CORRIGIDA DE PREMATUROS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO (ACAR)

Data de aceite: 01/10/2021

Data de submissão: 27/08/2021

### Rita de Cassia Fuga Berteli Fontes

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com residência Médica em Pediatria pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU)  
Franca – SP  
<http://lattes.cnpq.br/1179662885091670>

### Amanda Vilas Boas Siqueira Nicodemo

Graduanda pelo Centro Universitário Municipal de Franca (Uni –FACEF)  
Franca – SP  
<http://lattes.cnpq.br/4879188286908644>

### Rafaella Ribeiro de Figueiredo

Graduanda pelo Centro Universitário Municipal de Franca (Uni – FACEF)  
Franca – SP  
<http://lattes.cnpq.br/8958825684840025>

**RESUMO:** A prematuridade é uma síndrome multifatorial, que pode evoluir com uma série de complicações que estão associadas à grande morbimortalidade de crianças nascidas antes da gestação completar o termo. O parto prematuro associado ao baixo peso de nascimento é a principal causa de morte em menores de cinco anos no mundo, sendo que o risco de mortalidade é inversamente proporcional ao peso ao nascer e à idade gestacional. Uma vez que muitos desses recém-nascidos pré-termo permanecem internados por longos períodos em Unidade

de Terapia Intensiva (UTI), torna-se evidente a necessidade de um serviço especializado capaz de acompanhá-los nos primeiros anos de vida após a alta hospitalar devido à necessidade de cuidados especiais para que assim, possam crescer e desenvolver de maneira adequada. O objetivo deste trabalho é descrever o crescimento das crianças prematuras acompanhadas no Ambulatório da Criança de Alto Risco (ACAR) até completarem 24 meses de vida de idade corrigida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prematuridade. Crescimento. Idade corrigida. Desenvolvimento pondero-estatural.

### GROWTH PATTERN UP TO 24 MONTHS OF CORRECTED AGE OF PREMATURES FOLLOWED IN THE AMBULATÓRIO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO (ACAR)

**ABSTRACT:** The prematurity is a multifactorial syndrome that can evolve with a series of complications that are associated with high morbidity and mortality in children born before the pregnancy completes term. Premature birth associated with low birth weight is the leading cause of death in children under five years old in the world, and the risk of mortality is inversely proportional to birth weight and gestational age. Since many of these preterm newborns remain hospitalized for long periods in Intensive Care Unit (ICU), the need for a specialized service able to accompany them in the first years of life after hospital discharge becomes evident due to the need for special care in order that they can grow up and develop properly. The objective of this work is to describe the growth of premature

children at the Ambulatório da Criança de Alto Risco (ACAR) until they reach 24 months of corrected age.

**KEYWORDS:** Prematurity. Growth. Corrected age. Weight and height development.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como recém-nascido pré-termo, também denominado como prematuro, toda criança nascida antes de completadas 37 semanas de idade gestacional (IG). Na tentativa de se antecipar riscos e aperfeiçoar condutas terapêuticas, o RN prematuro é também subclassificado como: prematuro tardio (nascimento entre 34 e < 37 semanas de IG), prematuro moderado (nascimento entre 32 e < 34 semanas de IG), muito prematuro (nascimento entre 28 e < 32 semanas de IG) e prematuro extremo (nascimento < de 28 semanas de IG) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Outra definição importante é em relação ao peso de nascimento, no qual o recém-nascido é classificado como: extremo baixo peso, se peso de nascimento <1000 gramas, muito baixo peso, se peso de nascimento <1500 gramas e baixo peso, se peso de nascimento < 2500 gramas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

A alta prevalência de nascimentos pré-termo é motivo de grande preocupação médica, visto que as complicações relacionadas à prematuridade são a primeira causa de morte nos menores de cinco anos de idade no mundo (GUIMARÃES *et al.*, 2017). Em 2017, em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram no mundo nos primeiros 28 dias de vida, a maioria por causas evitáveis. Cerca de 80% dessas crianças tinham baixo peso ao nascer e aproximadamente 65% eram prematuras. Essa realidade reafirma que a taxa de mortalidade e complicações ao nascer é inversamente proporcional ao peso de nascimento e idade gestacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Além disso, há a classificação que correlaciona o peso à IG ao nascimento: o recém-nascido é considerado pequeno para a idade gestacional (PIG) caso apresente o peso de nascimento abaixo do percentil 10 para sua idade gestacional na curva de crescimento intrauterino de referência, grande para a idade gestacional (GIG), se o peso encontra-se acima do percentil 90 nessa curva, e adequado para a idade gestacional (AIG) se estiver entre esses dois percentis. Estudos concluíram que bebês nascidos prematuros PIG apresentam maiores taxas de morbidade e mortalidade, comprometimento na estatura, déficits nutricionais, além de risco aumentado de desenvolver doenças crônicas na idade adulta (LOPEZ, 2017).

Mesmo diante de tantos fatores que afetam o crescimento e o desenvolvimento de um lactente que nasceu prematuro, espera-se que ocorra, entre os dois primeiros anos de vida, uma aceleração máxima, atingindo, assim, seu canal de crescimento entre os percentis de normalidade nas curvas de referência. Nesse período, o crescimento ocorre de

modo intermitente, no qual se observa maior velocidade de crescimento após um período de interrupção no processo (*catch up*), visando recuperar um déficit prévio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

A recuperação no crescimento e desenvolvimento dos nascidos pré-termos é um indicador que equipara os prematuros aos nascidos sadios e a termo, propiciando que estes consigam alcançar a mesma taxa de crescimentos em seus dados antropométricos aos das crianças sadias nascidas a termo, caso não ocorra complicações decorrentes da prematuridade, como as relacionadas às afecções pulmonares e cardiovasculares que prejudicam a sua evolução, principalmente nos dois primeiros anos de vida. Por essa razão, a análise completa desses pacientes nos permite avaliar o período necessário para o prematuro recuperar seu potencial crescimento e desenvolvimento (RUGOLO, 2005).

A idade corrigida para a prematuridade refere-se à diferença de tempo entre a idade gestacional ao nascimento e a duração média de uma gestação a termo, ou seja, 40 semanas completas. Para melhor avaliar o crescimento do RNPT, através do projeto INTERGROWTH- 21st a OMS desenvolveu curvas de crescimento específicas para esta faixa etária podendo ser utilizada até 64 semanas até que sejam adotadas as curvas de crescimento padrão da OMS, as quais utilizam os dados antropométricos de peso e estatura de acordo com a idade corrigida por meio da avaliação gráfica em Z score (VILLAR et al., 2015).

Segundo a classificação da OMS utilizada desde 2006, classifica-se como muito baixa estatura para idade o Z score  $< -3$ , baixa estatura para idade entre  $< -2$  e  $\geq -3$  e estatura adequada para idade  $\geq -2$ . Em relação ao peso para idade, os valores são descritos da seguinte forma: muito baixo peso para idade se Z score  $< -3$ , baixo peso para idade o intervalo entre  $\geq -3$  e  $< -2$ , peso adequado para idade  $\geq -2$  e  $\leq +2$  e peso elevado para idade se  $> +2$ .

Diante deste cenário, optou-se por desenvolver o projeto no ACAR justamente por ser o local que proporciona atendimento aos prematuros após a alta hospitalar, visando atendimento multiprofissional dentro dos serviços do SUS a essas crianças de alto risco, nas idades de 0 a 36 meses residentes no município de Franca-SP, acompanhando-as com o intuito de minimizar ou reverter complicações físicas e neuropsicomotoras consequentes da prematuridade. Esse ambulatório foi criado no final da década de 1990, após demanda dos médicos pediatras da Santa Casa de Franca, os quais se preocupavam com a falta de segmento longitudinal para acompanhamento e rastreamento de afecções nutricionais, neurológicas, pulmonares, cardíacas, auditivas e oftalmológicas, as quais são comuns no decorrer da vida dos prematuros. Ademais, também se preocupavam com as internações recorrentes dessa população devido à alta prevalência de doenças respiratórias, como a displasia broncopulmonar, que está associada à necessidade de oxigenioterapia e de suporte ventilatório ao nascimento.

O ACAR funciona dentro de uma Unidade Básica de Saúde, porém em espaço

próprio, separado do contato com outros usuários. Possui equipe multiprofissional e as famílias contam com fornecimento de insumos que são disponibilizados pelo município, como por exemplo, fórmula infantil de partida e seguimento para maiores de seis meses, suplementos alimentares de zero a um ano e leites especiais como o de soja. Além disso, os usuários contam com a disponibilização de mamadeiras e chupetas ortodônticas e medicamentos que não são padronizados na rede como alguns antibióticos adquiridos devido à demanda específica. Também há o empréstimo de aparelhos de inalação, aspiradores e torpedos de oxigênio adquiridos por meio de doações.

## 2 | JUSTIFICATIVA

O estudo tem como justificativa a avaliação do crescimento pondero-estatural dos recém-nascidos prematuros, incluídos por meio do peso e da estatura, determinando o padrão do crescimento dessas crianças como forma de avaliar a ação do Ambulatório da Criança de Alto Risco (ACAR) no âmbito de instituição de saúde, podendo-se nortear novas propostas de cuidado, visando potencializar a redução das limitações causadas pelo atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, já que esse está diretamente relacionado ao crescimento adequado. Ademais, através da observação dos dados, será possível contribuir com a melhoria da qualidade da assistência médica à prematuridade, colaborando com estratégias de ação para a elaboração de um plano local.

## 3 | OBJETIVOS

Avaliar o crescimento em peso/idade e comprimento/idade dos prematuros acompanhados no ACAR de acordo com a idade gestacional e o peso desde o nascimento até os dois anos completos de acordo com a idade corrigida e identificar a idade média em que os pacientes atingiram o canal de crescimento adequado, os principais diagnósticos da amostra e relacionar a taxa de crescimento com a dieta, analisando o uso de fórmula infantil.

## 4 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, retrospectivo e transversal realizado através da compilação de dados dos prontuários médicos físicos do ACAR dos pacientes acompanhados desde a alta hospitalar até os dois anos de vida completos no período de 2015 a 2019. Os parâmetros antropométricos utilizados foram peso/idade e comprimento/idade em escore-Z, corrigindo-se a idade. Apesar do perímetro cefálico ser outro parâmetro de avaliação do crescimento pondero-estatural, não foi possível utilizá-los, pois tais dados foram especificamente anotados apenas na caderneta das crianças. Os dados obtidos por meio da ficha de coleta foram armazenados em software Microsoft Excel

e elaborados planilhas, tabelas e gráficos em software Microsoft Word a fim de analisar o perfil epidemiológico e o padrão de crescimento. Assim, foi possível avaliar o ganho de peso, estatura e velocidade de crescimento correlacionando com dados da literatura. Após análise estatística adequada, estabeleceu-se a significância entre as variáveis para que se concluísse o objetivo do estudo. Deve-se ressaltar-se ainda, que foram analisadas apenas anotações médicas. Será garantido o sigilo de todas as informações pessoais obtidas durante a pesquisa, a qual apresenta riscos mínimos de exposição dos dados pessoais dos pacientes e de seus respectivos responsáveis. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEP) do Centro Universitário Municipal de Franca Uni-FACEF em 15 de abril de 2021.

## 5 | RESULTADOS

A análise dos prontuários foi realizada com a divisão de acordo com a classificação da prematuridade segundo a OMS. Foram avaliados 58 prontuários, sendo classificados segundo a idade gestacional e sexo como descrito na tabela 1. A descrição da distribuição de comprimento e peso de nascimento de acordo com a idade gestacional encontra-se na tabela 2.

<b>Idade Gestacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Prematuro extremo	19	33	12	7
Muito prematuro	23	39	16	7
Prematuro moderado	8	14	5	8
Prematuro tardio	8	14	4	4
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>21</b>

Tabela 1 - Distribuição de acordo com a idade gestacional e sexo.

Prematuro extremo	19	3	16	0	13	6	0	0
Muito prematuro	23	1	21	1	1	17	5	0
Prematuro moderado	8	3	5	0	0	3	5	0
Prematuro tardio	8	5	3	0	0	0	6	2
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>12</b>	<b>45</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>2</b>

PIG: pequeno para IG; AIG: adequado para IG; GIG: grande para IG; EBP: extremo baixo peso; MBP: muito baixo peso; BP: baixo peso; PN: peso normal.

Tabela 2- Distribuição de comprimento e peso de nascimento de acordo com a idade gestacional.

Após as classificações apresentadas, os dados foram analisados em escore Z a partir da idade corrigida de cada prematuro e tabulados mantendo-se a divisão entre idade gestacional e sexo. Observou-se que 35 dos 58 prematuros (60,34%) atingiram peso e

estatura adequados ( $Z \geq -2$ ) aos três meses, sendo seis dos 19 prematuros extremos (31,5%), 20 dos 23 muito prematuros (86,9%), cinco dos oito prematuros moderados (62,5%) e quatro dos oito prematuros tardios (50%).

Dentre toda a amostra, apenas quatro pacientes (6,8%), todos do sexo masculino, não atingiram peso e estatura adequados ( $Z \geq -2$ ) até os 24 meses, sendo um classificado como prematuro extremo, um muito prematuro, um moderado e um tardio. Através da observação dos prontuários, foi perceptível que esses bebês tiveram muitas complicações no período neonatal, as quais serão abordadas na discussão.

Houve mais cinco casos em que os lactentes não atingiram apenas o peso adequado ( $Z \geq -2$ ) até os 24 meses, os quais foram quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. Quatro foram classificados como prematuro extremo e atingiram estatura adequada ( $Z \geq -2$ ) aos três, seis, nove e 21 meses de idade corrigida. Um classificado como prematuro tardio, atingiu a estatura apenas aos 24 meses. Em relação à estatura, apenas um caso não a recuperou, sendo classificado como muito prematuro, do sexo masculino, atingindo peso adequado aos 21 meses. Os demais, totalizando 13, atingiram peso e estatura em momentos distintos. Além da análise do crescimento, foi correlacionada a taxa de crescimento com os diagnósticos abordados a seguir.

Em relação aos prematuros PIGs, seis eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. Dentre eles, três eram prematuros extremos, um muito prematuro, três prematuros moderados e cinco prematuros tardios. Um achado relevante foi que, dentre os quatro PIGs que não atingiram o peso adequado até os 24 meses de idade corrigida, dois deles estão entre os quatro casos que também não atingiram peso adequado até essa idade. Os outros dois casos atingiram estatura apenas com 21 e 24 meses de idade corrigida, o que reflete maior dificuldade dos prematuros PIGs na recuperação no canal de crescimento. O terceiro PIG que não recuperou a estatura, alcançou o peso adequado aos 21 meses de idade corrigida.

Diagnóstico	Prematuro extremo	Muito prematuro	Prematuro moderado	Prematuro tardio	Total
SRRN	19	22	7	6	54
Anóxia neonatal	2	3	1	1	7
Anemia	11	5	2	1	19
CIA	3	2	3	0	8
DBP	16	7	1	0	24
Encefalomalácia	1	0	0	0	1
Enterocolite necrosante	1	2	0	2	5
FOP	1	1	2	1	5
HPIV grau I	5	1	0	0	6
HPIV grau III	0	1	0	0	1
HPIV grau IV	1	0	0	0	1
Hipoglicemia	4	4	2	2	12
Icterícia	12	19	9	4	44
IRA	5	0	0	1	6
PCA	5	2	1	1	9
Retinopatia	1	0	0	0	1
Sd. Regressão caudal	0	0	0	1	1
Sepse	18	17	6	4	45

SRRN: Síndrome do desconforto respiratório do recém nascido; CIA: Comunicação interatrial; DBP: Displasia Broncopulmonar; FOP: Forame oval patente; HPIV:Hemorragia peri intraventricular; IRA: Injúria renal aguda; PCA: Permanência do canal atrial.

Tabela 3 - Diagnósticos mais prevalentes de acordo com idade gestacional.

Em relação à dieta, foi notado que nenhum bebê recebeu aleitamento materno exclusivo durante o período de internação. No momento da alta, 35 (60,3%) prematuros recebiam dieta mista com aleitamento materno complementado com fórmula infantil, e 23 (39,6%) recebiam apenas fórmula infantil. Aos três meses de vida, apenas 16 dos 35 (45%) mantiveram a mesma dieta. Os outros 19 (55%) passaram a receber apenas fórmula infantil, totalizando 42 de 58 (72,4%) em uso de fórmula infantil como única fonte de alimentação dos três meses até um ano de idade. Também foi possível observar que, após um ano de vida, houve substituição da fórmula infantil pelo leite de vaca integral na maioria dos casos.

## 6 | DISCUSSÃO

A prematuridade está relacionada com uma série de complicações que interferem direta e/ou indiretamente no crescimento. Por essa razão, os recém-nascidos prematuros, para conseguirem crescer e se desenvolver adequadamente, requerem cuidados especiais com auxílio médico especializado que ofereça suporte adequado para a adaptação à vida extrauterina e manejo perante tantos diagnósticos no período neonatal. Diante disso, vale destacar que todos os pacientes do presente trabalho necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva e de suporte de oxigênio por pelo menos 24 horas.

O diagnóstico mais prevalente durante a internação hospitalar foi a síndrome do desconforto respiratório (SDR), também conhecida como doença da membrana hialina, visto que 93% apresentaram o quadro. Tal síndrome é decorrente da deficiência do surfactante alveolar associada à imaturidade estrutural dos pulmões e é complicada pela má-adaptação do bebê à vida extrauterina e pela imaturidade de múltiplos órgãos. O RN já apresenta dificuldade respiratória desde o momento do nascimento e tem piora progressiva nas primeiras 72 horas de vida (MIYOSHI, 2010) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para reduzir a gravidade, são indicados o uso de corticosteroide antenatal na gestante em trabalho de parto prematuro, a administração precoce de pressão positiva nas vias aéreas e a terapia exógena precoce com surfactante em casos selecionados (MIYOSHI, 2010).

Como estratégias para reduzir a sua incidência, também vale fomentar a não indicação de cesarianas eletivas sem comprovação da maturidade fetal. As complicações decorrentes do seu tratamento ou da própria prematuridade ainda são elevadas, tendo como destaque a displasia broncopulmonar (DBP) e a hemorragia periventricular (HPIV) (MIYOSHI, 2010). Em análise dos prontuários, encontrou-se que todos os prematuros que apresentaram DBP e/ou HPIV também apresentaram SDR. Portanto, esta síndrome continua sendo o maior problema respiratório no período neonatal.

A displasia broncopulmonar é uma combinação de várias doenças pulmonares crônicas que se caracterizam por uma população de risco em comum: os prematuros extremos (COSTA, 2013). Foi encontrada em todos os prematuros portadores de SDR e esteve presente em 41% dos RN, sendo 16 prematuros extremos, sete muito prematuros e um prematuro moderado, valor semelhante ao relatado na literatura, que descreve uma prevalência de 20% de DBP nos RNPT, atingindo até 60% dos recém-nascidos com menos de 26 semanas de idade gestacional (GHANTA, 2013).

Na BDP, há um prejuízo no crescimento, visto que interfere no ganho de peso devido ao aumento do gasto energético durante os ciclos respiratórios. Além disso, o uso precoce de corticosteroides, crescimento intrauterino restrito e problemas relacionados à alimentação devido dieta inadequada ou à alta taxa metabólica, também aumentam as necessidades energéticas dos lactentes com DBP que são de 15 a 25% maior dos controles saudáveis (DENNE, 2001). Corroborando com os dados da literatura, foi identificada a presença de DBP nos quatro pacientes que não atingiram peso e estatura adequados até os 24 meses.

Ainda em relação às complicações decorrentes do tratamento da SDR ou pela própria prematuridade, foram encontrados oito casos de hemorragia periventricular (HPIV). Essa hemorragia é a mais prevalente em prematuros de baixo peso e é atribuída à imaturidade das estruturas cerebrais, especialmente nos locais de maior proliferação celular e vascular do cérebro. Nos prematuros, há um tecido imaturo composto por células germinativas presente próximo aos ventrículos laterais, o qual não é encontrado em RN a termo, pois é substituído ao final do terceiro trimestre de gestação. Ademais, os vasos dessa região possuem calibres delgados e estão sujeitos a maiores lesões (MARBA *et al.*, 2011). O

diagnóstico é realizado, na sua maioria, por meio da ultrassonografia transfontanela. Um dos prematuros diagnosticados com HPIV grau I também apresentou encefalomalácia. Segundo a literatura, essas duas entidades podem levar ao comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor, comportamental e cognitivo.

Outra patologia que pode estar associada ao quadro da SDR e piorar o padrão respiratório é a persistência do canal arterial (PCA), definida como uma comunicação entre a artéria aorta e o ramo esquerdo da artéria pulmonar. Funcionalmente, fecha-se nas primeiras 72 horas de vida e anatomicamente entre seis e sete dias em recém-nascidos a termo (AGUIAR *et al*, 2010). Quando o ducto permanece pérvio após 72 horas, pode-se fechar o diagnóstico de PCA, na qual há redução do fluxo sanguíneo sistêmico e aumento do fluxo sanguíneo pulmonar (SEHGAL; MCNAMARA, 2012). Acomete cerca de um terço dos bebês com idade gestacional de nascimento < 30 semanas, podendo chegar a 70% nos menores de 28 semanas. Tal patologia esteve presente em nove prematuros (15%), sendo que cinco foram prematuros extremos e sete apresentaram também diagnóstico de SDR e DBP.

A sepse foi o segundo diagnóstico mais prevalente, presente em 45 RNPT (77,5%). Apesar dos avanços na abordagem terapêutica, as infecções permanecem no topo das causas de morbimortalidade, principalmente em bebês de extremo e muito baixo peso, pois possuem menores reservas. Um fator que influencia diretamente na prevalência das infecções no período neonatal é a necessidade de internações prolongadas em UTIs, causando infecções nosocomiais (PALHARES; FIGUEIREDO, 2017) (COSTA; MARBA, 2006). Por meio da análise dos prontuários, pôde-se perceber que a maioria dos neonatos que desenvolveram sepse, precoce ou tardia, tiveram internação prolongada e necessidade de escalonamento de antibioticoterapia.

É uma síndrome por ser caracterizada pelos sinais sistêmicos decorrentes de uma bacteremia. A sepse precoce ocorre até 48 horas de vida. A partir disso, classifica-se como sepse tardia. A precoce está associada com agentes adquiridos de fonte materna, seja por meio do líquido amniótico contaminado, infecção do trato urinário materno ou até mesmo pela passagem no canal de parto. Os agentes mais comuns são o *Streptococcus do grupo B* e *Escherichia coli* (PALHARES; FIGUEIREDO, 2017) (COSTA; MARBA, 2006).

Dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, pode-se destacar a imaturidade do sistema imunológico, uma vez que a quimiotaxia de macrófagos e monócitos ainda é deficiente. Além disso, a pele dos pré-termos não é tão eficaz como barreira mecânica contra bactérias exógenas. O extrato córneo desses pacientes também é pouco desenvolvido, com pequena quantidade de queratina, principalmente em < 32 semanas de gestação, tornando-os ainda mais suscetíveis às infecções (PALHARES; FIGUEIREDO, 2017).

Ainda em relação aos fatores de risco, muitos bebês são submetidos a diversos procedimentos invasivos, como acesso central, intubação, cateterismo vesical, nutrição

parenteral, sondas gástricas, punção liquórica e outros procedimentos que podem predispor às infecções (PALHARES; FIGUEIREDO, 2017). Outro ponto importante é o uso de antibioticoterapia empírica prolongada, que pode estar associada ao desenvolvimento de infecções por cepas patogênicas resistentes. Por essa razão, a equipe médica deve-se manter atenta aos sinais de infecção e manter alta vigilância diante dos riscos infecciosos (COSTA; MARBA, 2006).

Já a icterícia foi diagnosticada em 75,8% da amostra. A icterícia neonatal ocorre por aumento da bilirrubina indireta (BI) e representa um achado extremamente comum nos pré-termos de muito baixo peso. A maior complicação decorrente deste quadro é a encefalopatia bilirrubínica, também conhecida como “*kernicterus*” em sua fase crônica. Em prematuros, há menor concentração de albumina, o que implica menor capacidade de ligação com a bilirrubina. A BI tem predisposição para precipitar e é capaz de ultrapassar a barreira hematoencefálica (BHE). Caso haja lesão na BHE, é possível a passagem até mesmo da bilirrubina ligada à albumina. Dentre os prontuários, felizmente, nenhum recém-nascido evoluiu com encefalopatia (COSTA; MARBA, 2006).

Outro ponto fundamental referente à hiperbilirrubinemia diz respeito à inativação da enzima bilirrubina-oxidase, a qual participa do catabolismo da bilirrubina e acaba aumentando o risco de lesão de células nervosas. Essa enzima pode ser inativada em diversas condições, como asfixia, hipoglicemia, hemorragia intracraniana e infecção. Todas as condições descritas ocorrem com frequência simultaneamente em recém-nascidos prematuros e foi possível analisar que, dentre todos os recém-nascidos da amostra, algum desses diagnósticos, se não todos, estavam presentes em associação (EL-ABDIN *et al.*, 2012).

Além dos diagnósticos já apresentados, houve dois casos de malformação do cordão umbilical com artéria única, sendo ambos dentre os quatro prematuros que não atingiram o canal de crescimento adequado até os 24 meses de vida com idade corrigida. Os dois nasceram PIGs, sendo um classificado como baixo peso e outro como muito baixo peso. Normalmente, o cordão umbilical possui duas artérias e uma veia. As artérias são responsáveis por transportar o sangue desoxigenado do feto e a veia por transportar o sangue oxigenado da placenta para o feto (CALDAS, 2013).

Acredita-se que, quando há apenas uma artéria, o fluxo pode permanecer adequado por meio de mecanismos compensatórios, com aumento do fluxo e do diâmetro da artéria. Mesmo assim, a presença de artéria única pode justificar o prejuízo do desenvolvimento do feto durante vida intrauterina. Vale ressaltar que esse achado isolado não é significativo, mas, pode estar associado a síndromes genéticas e alterações na formação cardíaca e renal (CALDAS, 2013). Em um dos bebês foi diagnosticado um sopro cardíaco por estenose pulmonar leve e, no outro, síndrome da regressão caudal. Essa síndrome é uma anomalia rara na região caudal que apresenta baixa incidência. Abrange um compilado de anormalidades, desde alteração isolada do cóccix até malformações das vértebras

lombares. Na apresentação clínica, o desenvolvimento anormal do sacro pode ocasionar incontinência esfinteriana anal e vesical. Também podem estar presentes outras alterações genitais (VASCONCELOS, 2014).

Outra patologia de grande importância é a enterocolite necrosante, diagnosticada em cinco (8,6%) prematuros dos 58 prontuários. É a emergência cirúrgica mais frequente no período neonatal (LIMA, 2015). Apresenta grande taxa de mortalidade, sendo mais elevada quanto menor o peso e a idade gestacional, devido à associação da imaturidade da mucosa gastrointestinal e do sistema imunológico (MIYAKI, 2007). É grave, multifatorial, resultado de um processo inflamatório que causa vasoconstrição intestinal, isquemia tecidual, perda de integridade da mucosa e necrose com extensão e profundidade variáveis, permitindo translocação de bactérias e toxinas para a circulação sistêmica, havendo perfuração em até um terço dos casos (AGUIAR *et al*, 2010) (ALVARES, 2007).

Apesar de haver apenas um caso registrado de retinopatia da prematuridade, em um prematuro extremo, é importante discutir sobre esse diagnóstico devido às repercussões causadas. Trata-se de uma preocupação tão grande dos médicos pediatras que a existência de apenas um caso pode ser reflexo da monitorização e cuidados intensivos adequados. É causada pelo crescimento anormal dos vasos da retina e está diretamente associada ao parto com < 32 semanas. Possui relação com a exposição prolongada ou excessiva à oxigenoterapia, a qual induz a proliferação dos pequenos vasos da retina, os quais se desenvolvem de forma centrífuga desde 16 semanas e completam o seu desenvolvimento somente com 34 semanas (RAMOS-URIBE, 2019).

Também vale descrever que não houve caso de obesidade até os dois anos de idade corrigida. Dado relevante, pois o maior ganho ponderal e de IMC nos primeiros dois anos, além de não conferir benefícios adicionais, se associa ao sobrepeso e obesidade em escolares e ao risco cardiovascular futuro (MENDES *et al.*, 2019). Sendo assim, é fundamental o acompanhamento do crescimento nos primeiros anos de vida e adequação nutricional das crianças prematuras no intuito de minimizar a evolução futura de doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, doenças coronarianas, hipertensão arterial sistêmica, doença metabólica e doença renal crônica (MENDES *et al.*, 2019).

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida tem papel protetor para o excesso de peso na idade escolar e a adequação nutricional nos primeiros anos de vida pode levar à reprogramação fenotípica e reduzir o risco de obesidade (SILVEIRA, 2012). Em relação à baixa porcentagem de aleitamento materno dentre a amostra, deve-se ressaltar os diversos fatores que prejudicam o processo fisiológico da amamentação. Como observado no trabalho, a grande maioria dos prematuros permaneceram internados por longos períodos em UTI, limitando o vínculo entre binômio mãe e filho. Ademais, sabe-se que o parto prematuro dificulta a lactação e mesmo com o estímulo através da doação para o banco de leite, não é o suficiente, uma vez que a sucção do bebê é o principal estimulante para a lactação. Em muitos casos, além de todos esses fatores apresentados, a presença

de sondas e a necessidade de suporte ventilatório impossibilitam a amamentação. Por esses motivos, pode-se correlacionar a alta taxa de uso de fórmula infantil após o período de alta.

## 71 CONCLUSÃO

O crescimento pondero-estatural apropriado nos primeiros 24 meses de idade corrigida dos prematuros é uma das evidências de cuidados adequados. A partir deste estudo, pode-se enfatizar o quanto o seguimento ambulatorial proporcionado pelo ACAR é essencial para o acompanhamento longitudinal desses lactentes, os quais demandam uma rede de apoio diante tantos diagnósticos neonatais com potenciais impactos no seu crescimento e desenvolvimento. Afinal, apesar da redução da mortalidade neonatal devido aos avanços científicos e tecnológicos, associados a grandes mudanças na assistência, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbimortalidade em menores de cinco anos, representando um dos maiores desafios para o fornecimento de uma assistência de qualidade.

Ainda que a amostra do estudo tenha sido pequena, foram utilizados todos os prontuários seguindo os critérios da metodologia, a qual sugere um parâmetro para guiar esta avaliação neste local, permitindo contribuir com um planejamento de ações de prevenção e de melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante, bem como ao RN prematuro durante todo o período neonatal e ao longo dos primeiros 24 meses de vida. Além disso, foi possível refletir o quanto o ambulatório deve ser valorizado, visto que não é um serviço obrigatório do sistema público de saúde, mas exerce um papel fundamental por acolher as famílias que demandam tantos cuidados diante à vulnerabilidade trazida com a prematuridade e que são beneficiadas pela equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Cláudio Ribeiro *et al.* (coord.). **O recém-nascido de muito baixo peso**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. Sociedade de Pediatria de São Paulo – Departamento de neonatologia. P 374-378.

ALVARES BR, Martins DL, Roma RL, Pereira IMR. **Aspectos radiológicos relevantes no diagnóstico da enterocolite necrosante e suas complicações**. Radiol Bras. 2007 mar-abr; 40(2):127-30.

CALDAS, Lorena Mesquita Batista. **Gestações com artéria umbilical única isolada: frequência de restrição do crescimento fetal**. Orientador: Dr. Adolfo Wenjaw Liao. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências - Programa de Obstetrícia e Ginecologia) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-10122013-122532/publico/LorenaMesquitaBatistaCaldas.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu Martins (coord.). **O recém-nascido de muito baixo peso**. 2. ed. v. 4. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. Sociedade de Pediatria de São Paulo – Departamento de neonatologia. 225 p.

COSTA, Patrícia Fernandes Barreto Machado. **Displasia Broncopulmonar**. Revista Pulmão RJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 37-42, 2013. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2013/n\\_03/09.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2013/n_03/09.pdf). Acesso em: 14 fev. 2021.

DENNE SC. **Energy expenditure in infants with pulmonary insufficiency: is there evidence for increased energy needs?** J Nutr. 2001; 131

EL-ABDIN, Maha Youssif Zein *et al.* **Phototherapy and DNA changes in full term neonates with hyperbilirubinemia**. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics, Cairo (Egito), v. 13, n. 1, p. 29-35, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejmhg.2011.11.003>. Acesso em: 14 fev. 2021.

GHANTA S, Leeman KT, Christou H. **An update on pharmacologic approaches to bronchopulmonary dysplasia**. Seminars in perinatology. Elsevier; 2013. p. 115–123

GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo *et al.* **Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011**: Análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília-DF, v. 26, n. 1, p. 91-98, jan.-mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00091.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

LIMA SS, Souza JI, Avila PE. **Enterocolite necrosante em unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista Paraense de Medicina. 2015 abr-jun; v29

LOPEZ, Daiana Belen. **Evolução nutricional de lactentes nascidos prematuros, acompanhados durante o primeiro ano de vida, no ambulatório de seguimento de um hospital de referência do Rio de Janeiro**. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017

MARBA, Sérgio Tadeu Martins *et al.* **Incidência de hemorragia peri-intraventricular em recém-nascidos de muito baixo peso**: análise de 15 anos. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 87, n. 6, p. 505–511, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/kpzQxLdt4j3LRgsfpH7Lxhr/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2021.

MENDES, Gabriela *et al.* **Crescimento de prematuros nos primeiros dois anos**. Residência Pediátrica, v. 9, n. 2, p. 104–110, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n2-04>. Acesso em: 15 fev, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos**. 2. ed. v. 3. Brasília - DF. 2012. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v3.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf). Acesso em: 13 fev. 2021.

Miyaki M. **Enterocolite necrosante em serviço com banco de leite humano**. São Paulo: Pediatria. 2007; 29(3):183-91.

MIYOSHI, Milton Harumi. **Suporte ventilatório na síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido**. Consenso Brasileiro Em Ventilação Mecânica. [2010]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/SDR.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SDR.pdf). Acesso em: 13 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn**. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PALHARES, Durval Batista; FIGUEIREDO, Carmen Silvia Martimbianco de. **Infecções perinatais: sepse neonatal precoce e tardia**. In: BURNS, Dennis Alexander Rabelo *et al.* (org.). Tratado de Pediatria. 4. ed. v. 2. Barueri: Sociedade Brasileira de Pediatria/Editora Manole, 2017. Seção 16: Neonatologia. cap. 7. p. 1251-1261.

PINHEIRO, Anelise Maria Fonseca *et al.* **Perfil epidemiológico de prematuros abaixo de 1500g, portadores de persistência do canal arterial**. Residência Pediátrica, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 240–245, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n3-08>. Acesso em: 15 fev, 2021.

RAMOS-URIBE, Rebeca. **Factores de riesgo asociados a la retinopatía de la prematuridad**. Revista Médica Panacea, Ica (Peru), v. 8, n. 3, p. 108–115, set.-dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i3.194>. Acesso em: 15 fev. 2021.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. S101-S110, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SEHGAL, Arvind; MCNAMARA, Patrick J. **The Ductus Arteriosus: A Refined Approach**. Seminars in Perinatology, Clayton - Victoria (Austrália), v. 36, n. 2, p. 105-113, abr. 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/the-ductus-arteriosus-a-refined-approach/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVEIRA, Rita de Cássia. (org.). **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/Seguimento\\_prematuro\\_oficial.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Seguimento_prematuro_oficial.pdf). Acesso em: 14 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**. Departamento Científico de Neonatologia: 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20399b-DocCient\\_-\\_Prevencao\\_da\\_prematuridade.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf). Acesso em: 15 fev. 2021.

VILLAR, J., GIULIANNI, F., BHUTTA, Z. A., BERTINO, E., OHUMA, E. O., & ISMAIL, L. C., *et al.* (2015). **Postnatal growth standards for preterm infants: The Preterm Postnatal Follow-up Study of the Intergrowth-21(st) Project**. Lancet Glob Health. 3 (11), 681-691. 10.1016/S2214-109X (15)00163-1

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Afeto 28, 29, 30, 32, 33

Ambulatório 35, 36, 39, 40, 41, 45, 105, 165, 166, 167, 168, 176, 177

Amiodarona 77, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101

Angústia 7, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 48, 50, 51

Atenção Básica 21, 24, 26, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 62, 158

Atenção Primária à Saúde 53, 124

### B

Bases de Informação 63, 64, 65, 70

Burnout 92, 93, 94, 184, 186

### C

COVID-19 28, 29, 48, 49, 50, 91, 92, 93, 94, 140, 141, 142, 146, 182, 183, 185

Cuidados Paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

### D

Detecção de Vírus 15, 16, 17

Doença de Niemann-Pick 86, 87, 88, 89, 90

Doença de Parkinson 75, 76, 79, 81, 84, 85

### E

Efeito Medicamentoso 96, 97

Efeito Wolff-Chaikoff 95, 96, 97, 98

Epidemiologia 28, 75, 76, 78, 79, 82, 83, 84, 101, 177

Erros Inatos do Metabolismo 86

Esfingomielinase 86, 87, 88, 89

### F

Família 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 24, 26, 30, 33, 40, 51, 52, 54, 62, 88, 114, 121, 132, 133, 152, 157, 183

Filhos Adultos 1, 3, 4, 8, 9

Fístula 102, 103, 104, 106, 107

### G

Gastroduodenopancreatectomia 102, 103, 104, 105, 108

## H

Hipotireoidismo 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101

## I

Idoso 10, 29, 122, 124, 125, 127

Incidência 2, 5, 11, 45, 61, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 95, 96, 98, 107, 113, 136, 137, 138, 172, 174, 177, 190, 191, 192

## L

Luto 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 28, 29, 32, 33, 34, 114

## M

Médicos 36, 81, 92, 93, 115, 121, 140, 144, 145, 146, 148, 167, 168, 175, 183

Melancolia 28, 29, 30, 32, 33, 34

Morbimortalidade 52, 54, 102, 103, 104, 107, 108, 165, 173, 176

Multidisciplinar 24, 26, 36, 42, 113, 114, 120, 127, 156, 185, 195

## N

Neoplasm 73

## O

Oncologia 1, 2, 10, 116, 187

## P

Pâncreas 103, 106

Pandemia 28, 29, 30, 32, 33, 34, 48, 50, 91, 92, 93, 140, 141, 142, 143, 146, 182, 185

Precipitação de Ferro 15

Prevalência 6, 7, 42, 55, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 95, 96, 166, 167, 172, 173, 177, 191, 193, 194

Promoção da Saúde 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 127, 133, 157, 158, 159, 182, 183, 184, 185

Psicologia Hospitalar 48

## Q

Qi gong 122, 123, 125, 130, 133

Qualidade Vida 113

## R

Reabilitação 36, 37, 41, 42, 115, 124, 127, 131, 133, 144

Registro de Protocolo 63, 64, 66, 68, 69, 70

Relato de Experiência 21, 24, 25, 48, 50, 157, 159, 184

Revisão de Escopo 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72

Rompimento de Barragem de Minério 15

## **S**

SARS-CoV-2 49, 92

Sistema Único de Saúde 25, 26, 52, 53, 54, 60, 62, 162, 184

Sofrimento Psíquico 48, 49, 50

## **T**

Tireóide 95, 96, 97, 98, 100

Tuberculose Miliar 21, 22, 23, 25, 27

Tumor Neuroendocrine 73

Tumor of the Ileum 73

## **U**

Unidade de Terapia Intensiva 36, 40, 42, 165, 171, 177

## **V**

Visitas Virtuais 48, 50, 51

**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

