

ARTIGO ORIGINAL

PROTOCOLO PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EGRESSA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Ana Maira Teló¹, Edlamar Kátia Adamy²,
Maria Aparecida Munhoz Gaíva³, Alysson Ramos Artuso⁴,
Elisangela Argenta Zanatta⁵

Destaques:

- (1) Fluxograma para continuidade do cuidado de enfermagem à criança egressa de UTI.
- (2) Classificação de crianças egressas de UTI neonatal por complexidade.
- (3) Intervenções de enfermagem para cada nível de complexidade.

RESUMO

Objetivo: construir e validar um protocolo de continuidade do cuidado às crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Métodos:** Pesquisa-ação, realizada em uma operadora de saúde. Participaram da construção do protocolo 10 enfermeiros e da validação de conteúdo 12 juízes enfermeiros. **Resultados:** o protocolo direciona a continuidade do cuidado de enfermagem à criança egressa da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de acordo com a sua complexidade de saúde, baixa, média ou alta, mensurada por meio de uma Tabela de Classificação, construída neste estudo. Para cada nível de complexidade esta tabela indica a sistematização do cuidado entre profissional, criança e família. O protocolo foi validado com Índice de Validação de Conteúdo de 0,95 e coeficiente Kappa de 0,26. **Conclusão:** o protocolo desenvolvido de forma coletiva e de acordo com a necessidade local tem potencial inovador, visto que sistematiza a assistência de enfermagem de acordo com a complexidade de saúde da criança na alta hospitalar, prevê a continuidade do cuidado, além de que impulsiona a prática baseada em evidência.

Palavras-chave: enfermagem; saúde da criança; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6813-5053>

² Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8490-0334>

³ Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Cuiabá/MT, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8666-9738>

⁴ Instituto Federal do Paraná – IFPR. Curitiba/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0462-4382>

⁵ Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7426-6472>

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) é a área hospitalar de grande aparato tecnológico dedicado a receber recém-nascidos (RNs), até 28 dias de vida, prematuros, nascidos com baixo peso ou com condições que possam comprometer seu crescimento e desenvolvimento. Nesse ambiente atuam profissionais altamente qualificados, técnica e cientificamente, capazes de desempenhar o cuidado a RNs gravemente enfermos que necessitam de cuidados contínuos, por longos períodos, imprescindíveis para a manutenção da vida e recuperação da saúde¹.

A longa permanência em UTI está associada a riscos de atraso no desenvolvimento das crianças, pois as condições destas dificultam a estimulação física e motora. Considerando essa possibilidade, estudo de Lawlor et al.² comparou variáveis clínicas e o desenvolvimento motor de 26 prematuros internados por tempo médio de 35 dias em Utin. A análise organizada em três grupos, conforme idade corrigida, concluiu que crianças de zero a 5 meses apresentaram riscos para atrasos motores em 36,89%, crianças de 6 a 12 meses apresentaram risco de 39,6% e as crianças de 13 e 18 meses o risco ficou em 23,5%.

Partindo dessas considerações, cabe pontuar que a desospitalização de crianças em UTI é um processo complexo, que exige planejamento para que ele seja seguro, responsável e vise ao protagonismo da família para o cuidado em domicílio³. Por se tratar de uma criança que requer cuidados complexos e continuados os desafios tornam-se ainda maiores e estão focados tanto na equipe multiprofissional de saúde quanto nos familiares/cuidadores que precisam fazer adaptações em sua rotina para desempenhar os cuidados, reorganizar a estrutura familiar, aprender a manipular dispositivos tecnológicos e readequar papéis para que os cuidados sejam seguros e mantenedores da vida⁴.

O enfermeiro tem papel fundamental na desospitalização e na continuidade do cuidado, com destaque para atividades de gerenciamento do cuidado e educação em saúde. A continuidade do cuidado da criança egressa de uma Utin, encaminhada para ambulatório de seguimento ou para a Atenção Primária à Saúde (APS), precisa estar ancorada em um plano de cuidado individualizado, de acordo com as necessidades de saúde da criança e o contexto familiar, o que pode impactar na adesão ao seguimento. Para a construção do plano de cuidado são necessárias algumas habilidades dos enfermeiros, como experiência assistencial, conhecimento técnico-científico sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuar como articulador dentro da rede, ter domínio de protocolos institucionais, possuir habilidades de comunicação com os membros da equipe multiprofissional do hospital e APS, ter competência para liderança e tomadas de decisão^{5,6}.

A atuação do enfermeiro no processo da alta hospitalar de crianças com doenças crônicas foi analisada em estudo realizado em um hospital público no nordeste brasileiro, o qual identificou a necessidade de desenvolvimento de protocolos para auxílio no planejamento da alta hospitalar, no intuito de favorecer e padronizar condutas, desde a admissão da criança no ambiente hospitalar, auxiliar no levantamento de demandas de cuidados no domicílio, e na instituição de ações para o efetivo preparo das famílias para a alta⁷.

Os protocolos estão entre as tecnologias assistenciais mais utilizadas pela enfermagem, pois permitem o cuidado de acordo com a necessidade do paciente, ao mesmo tempo que dão suporte teórico para a tomada de decisão, também são considerados suportes na educação permanente dos profissionais e nas atividades de gestão⁸.

Em algumas áreas de atuação do enfermeiro, contudo, a produção de tecnologias assistenciais ainda é elementar, por exemplo, no seguimento de crianças egressas da Utin. Destaca-se a carência de estudos sobre tecnologias que subsidiem a assistência de crianças com necessidades especiais de saúde, bem como na classificação da complexidade apresentada por elas após a alta, ou mesmo do uso de equipamentos que, até pouco tempo, eram restritos ao ambiente hospitalar e hoje são disponibilizados para a manutenção da vida no domicílio.

Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de tecnologias assistenciais que subsidiem e auxiliem o enfermeiro no seguimento do cuidado a esse público, visto que são crianças com risco elevado de complicações e reinternações. Para tanto, o presente estudo objetivou construir e validar um protocolo de continuidade do cuidado às crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, realizada em uma operadora de saúde localizada no oeste de Santa Catarina, no período de setembro de 2021 a julho de 2022. A pesquisa-ação objetiva esclarecer problemas que sejam relevantes a um grupo de pessoas, pesquisadores e membros da situação-problema, por meio de grupos de discussões. Nesses grupos são levantadas propostas de resolução para as questões identificadas⁹. O estudo seguiu cinco etapas adaptadas⁹: Etapa 1 – Fase exploratória e diagnóstico de situação; Etapa 2 – Seminários integradores; Etapa 3 – Validação; Etapa 4 – Implantação do protocolo; Etapa 5 – Publicização. Neste estudo serão detalhadas as quatro primeiras etapas.

Etapa 1 – Fase exploratória e diagnóstico de situação: composta por uma revisão integrativa objetivando identificar intervenções que vêm sendo realizadas pelo enfermeiro e equipe de saúde no que respeita à continuidade dos cuidados da criança egressa da UTI Pediátrica. Para seleção e extração dos estudos foram utilizados sete descritores nos idiomas português e inglês, com dez estratégias de cruzamentos, utilizando o operador booleano “AND” para busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e base de dados Scopus.

A busca ocorreu no mês de agosto de 2021, utilizando o *software* gerenciador de referências Zotero® para salvar e organizar os estudos encontrados. Compuseram a amostra 23 estudos, os quais, também, subsidiaram a escolha dos conteúdos que compuseram o protocolo. Ainda nesta etapa foi realizada uma pesquisa no sistema de informação de saúde da operadora visando a traçar um perfil das crianças que necessitaram de internação em Utin no período anterior e durante a pandemia de Covid 19, ou seja, segundo semestre de 2019, primeiro e segundo semestres de 2020 e primeiro semestre de 2021.

Etapa 2 – Seminários integradores: para a participação nos seminários foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro de setores que prestam atendimento direto a crianças durante a primeira infância (crianças até cinco anos) entre os quais: Utin, Maternidade, Berçário, Pronto Atendimento Pediátrico, APS, Atenção Domiciliar; ter mais de seis meses de atuação em, pelo menos, um dos setores citados. Os critérios de exclusão foram: estar em afastamento por motivo de férias, atestado ou licença no período de realização dos seminários.

A explicação sobre a pesquisa e convite aos 20 enfermeiros elegíveis para o estudo aconteceu de forma presencial, com entrega de convite físico e nominal pela pesquisadora. Dos 20 enfermeiros, 10 manifestaram interesse e participaram dos seminários.

Foram realizados quatro seminários, com duração média de duas horas cada um. Estes foram gravados utilizando aparelhos de gravadores de áudio e transcritos manualmente pela equipe de pesquisadores (mestranda e duas bolsistas de iniciação científica), imediatamente após o término de cada um. Durante os seminários também foi utilizado um diário de campo para anotações de informações relacionadas às impressões dos pesquisadores que fossem pertinentes ao estudo.

Os três primeiros seminários foram destinados à construção do protocolo, os quais aconteceram entre setembro e outubro de 2021. O quarto seminário ocorreu em maio de 2022, após validação de conteúdo do protocolo por juízes. Para a condução dos seminários foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: *World Café* (seminário 1), *Mapa Falante* (seminários 2 e 3) e *Roda de Conversa* (seminário 4).

Etapa 3 – Validação do conteúdo do protocolo: essa etapa ocorreu entre novembro de 2021 e abril de 2022, após a elaboração do protocolo nos seminários integradores. Foi realizada com enfermeiros que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar em uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde do sistema de cooperativas médicas, no Estado de Santa Catarina, em setores que atendem crianças na primeira infância, ter no mínimo seis meses de atuação em, pelo menos, um dos setores. Foram excluídos os que estavam afastados por motivo de férias, atestado ou licença no período de realização de validação.

Foram convidados a participar dessa etapa 28 enfermeiros, destes, 12 manifestaram interesse, estando em conformidade com a literatura adotada que recomenda um quantitativo de 6 a 20 juízes¹⁰.

Para estes foi encaminhado via *e-mail* o link de um formulário adaptado¹¹ elaborado no *Google Forms* contendo 14 questões. A primeira parte do questionário foi destinada à caracterização dos juízes (idade, sexo, área de formação, tempo e área de atuação, maior titulação); na segunda parte estavam as questões de validação divididas em três blocos, o primeiro constituído por três questões direcionadas aos objetivos, propósitos, metas ou finalidades; o segundo, estruturado com nove questões relacionadas à estrutura e apresentação, considerando organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência e o terceiro avaliação de relevância, significância, motivação e interesse. Cada enunciado foi respondido por meio de escala do tipo *Likert* com valores de 1 a 4 (1 totalmente adequado, 2 adequado, 3 parcialmente adequado, 4 inadequado). Para cada questão foi disponibilizado um campo para comentários e/ou sugestões a respeito do item avaliado.

Para essa validação adotou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), cujo valor de cada item avaliado deveria ser igual ou superior a 0,8¹². As respostas foram agrupadas como concordância (pontuação 1 e 2) e discordância (pontuação 3, 4). O IVC foi obtido com a soma das pontuações 1 e 2 dividido pelo número total de respostas. Foi realizada somente uma rodada e as sugestões dos juízes foram consideradas para a versão final do protocolo.

Os dados foram ordenados e tabulados, utilizando o programa *Excel*[®]. A análise foi por estatística descritiva com distribuição de frequência e percentual. A discussão foi realizada com base na literatura relacionada ao tema. Também foi realizada a avaliação de concordância entre juízes pelo coeficiente de *Kappa*, apresentando valor de 0,26, indicando concordância razoável entre eles¹³.

Etapa 4 – Efetivação do protocolo: nessa etapa ocorreu a introdução com a padronização do protocolo na instituição, e a instrumentalização dos enfermeiros que atuavam na linha de cuidado materno-infantil da operadora de saúde, por meio de uma videoaula em uma plataforma da universidade corporativa, disponibilizada pela operadora.

Etapa 5 – Publicização: O protocolo está disponível no sistema de informação da operadora de saúde, onde foi desenvolvido, e está sendo utilizado para a continuidade do cuidado do público-alvo.

A pesquisa seguiu as resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, além dos princípios da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Foi aprovada pelo Comitê de Ética local, via Plataforma Brasil, pelo parecer número 4.934.287.

RESULTADOS

O perfil de internações de RNs na Utin, realizado na Etapa 1 – Fase exploratória e diagnóstico de situação – revelou que a média de internações foi de 12,30/mês e a taxa de alta hospitalar de 12,25, indicando uma baixa taxa de mortalidade. Os principais motivos de internação, considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID), foram a prematuridade e síndrome da angústia respiratória do RN. Em relação às crianças com indicação de continuidade de assistência multiprofissional, somente 0,88 foram encaminhadas para atendimentos domiciliares, todas com condições crônicas complexas.

Quanto aos óbitos, os CIDs identificados foram: septicemias, choque cardiogênico e insuficiência respiratória. A taxa de óbitos também foi baixa. Em contrapartida, as altas hospitalares resultaram em baixo percentual de encaminhamentos para continuidade da assistência¹⁴.

Investigou-se os serviços existentes na operadora de saúde com atuação do enfermeiro, que as crianças egressas da Utin têm a sua disposição e foram identificados em âmbito hospitalar: Pronto Atendimento Pediátrico, Serviço pré-hospitalar de urgência e emergência. Na APS há o Núcleo de Atenção Personalizada à Saúde que dispõe de assistência de enfermagem em telenfermagem, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, e o setor de Medicina Preventiva que dispõe de telenfermagem, programas e projetos de saúde coletiva, ambulatório de amamentação e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que dispõe de enfermeiro para atendimento de crianças com condições crônicas complexas.

A partir do conhecimento da estrutura de atendimento disponível para crianças e o perfil encontrado dos RNs egressos da Utin, durante os seminários integradores, foi elaborada uma classificação de complexidade para essas crianças, utilizando a estrutura já adotada pela operadora de saúde.

Classificação de crianças egressas de UTI neonatal por complexidade			
Nº	Item de avaliação	Critérios	Pontuação
1	Idade Gestacional de Nascimento	≥ 36 semanas	0
		33 a 36 semanas	3
		≤ 32 semanas	6
2	Rede de apoio	Boa rede de apoio	0
		Rede de apoio deficitária*	3
3	Diagnóstico	Sem comprometimento	0
		Doenças crônicas ou transitórias (Cardiopatia, Síndrome de Down, Malformação Congênita, Sífilis, HIV...)	3
		Comprometimento neurológico, síndromes genéticas raras, sem diagnóstico fechado	6
		Convulsões de difícil controle	10
4	Estado nutricional de nascimento	≤ 2 kg	0
		2 a 2,5kg	3
		≥ 2,5 kg	6
5	Dieta na alta	Aleitamento materno exclusivo	0
		Aleitamento materno com necessidade de complemento/fórmula via oral	1
		Somente uso de fórmula via oral	2
		Uso de via oral e via alternativa	3
		Somente via alternativa (SNE, SNG, GTT, jejunostomia)	6
		Nutrição Parenteral Total	10
6	Histórico de internação hospitalar	Internação em UTI neonatal até 72 horas	0
		Intercorrências durante a internação**	3
		Reinternações em UTI neonatal em até 28 dias de vida	6
7	Eliminações	Eliminações espontâneas	0
		Uso de sondas	3
		Ostomias: colostomia, Ileostomia, Cistostomia e outras	6
		Uso de sonda e ostomia	10

Classificação de crianças egressas de UTI neonatal por complexidade			
8	Feridas	Ausente	0
		Curativo simples	1
		Curativo especial	2
9	Dispositivos invasivos na alta	Ausente	0
		Uso de 1 dispositivo	3
		Uso de 2 ou mais dispositivos	6
		Acesso venoso com necessidade de infusão de medicação	10
10	Medicações	Nenhum/medicações de rotina/suplementação	0
		Continuidade de infusão Palivizumabe	3
		Uso de medicamentos barbitúricos, hipnóticos, narcóticos, sedativos	6
11	Secreção pulmonar	Sem necessidade de aspiração	0
		Sem necessidade de aspiração e com traqueostomia	3
		Com necessidade de aspiração e sem traqueostomia	6
		Com necessidade de aspiração e com traqueostomia	10
12	Oxigenioterapia na alta	Independente	0
		Dependente intermitente	3
		Dependente contínuo	6
13	Suporte ventilatório	Ausente	0
		Dependente de Bipap (não invasivo) intermitente	6
		Dependente de Bipap (não invasivo) contínuo	10
		Ventilação mecânica invasiva (ventiladores e Bipap)	86
Classificação			
Complexidade:		Elegibilidade para:	Pontuação
Baixa complexidade		Telenfermagem e assistência multiprofissional ambulatorial quando necessário	Até 10
Média complexidade		Telenfermagem e/ou atendimentos ambulatoriais de enfermagem e assistência multiprofissional ambulatorial quando necessário	11 a 30
Alta complexidade		Atendimentos domiciliares de enfermagem e multiprofissional	30 a 86
Internação Domiciliar			87 ou mais
Intervenções específicas para não elegíveis			Sim/Não
Medicação injetável de uso exclusivo hospitalar			
Oxigenioterapia			
Curativos complexos			

*Conflitos familiares, somente um membro da família visita RN.

**Intercorrências que prolongam o tempo de internação (ventilação mecânica, sepse, broncoaspiração, apneias...)

Quadro 1 – Classificação de crianças egressas de UTI neonatal por complexidade.

Fonte: Adaptado de Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, 2022.

Essa classificação será aplicada durante a hospitalização da criança para determinar a assistência que ela terá ao receber alta hospitalar. Quando se tratar de baixa e média complexidade, a equipe de enfermagem da APS irá identificar as crianças, via Sistema de Informação, com data da alta hospitalar, porém quando se tratar de alta complexidade o médico assistente fará encaminhamento ao SAD da operadora para organização da equipe e autorização de atendimento pelo plano de saúde.

A seguir apresentam-se os principais elementos do protocolo de continuidade do cuidado à criança e sua família, com o fluxograma e as intervenções sendo previstas para cada nível de complexidade. Este foi elaborado a partir de modelo disponibilizado pelo Núcleo de Qualidade em Saúde adotado pela operadora de saúde.

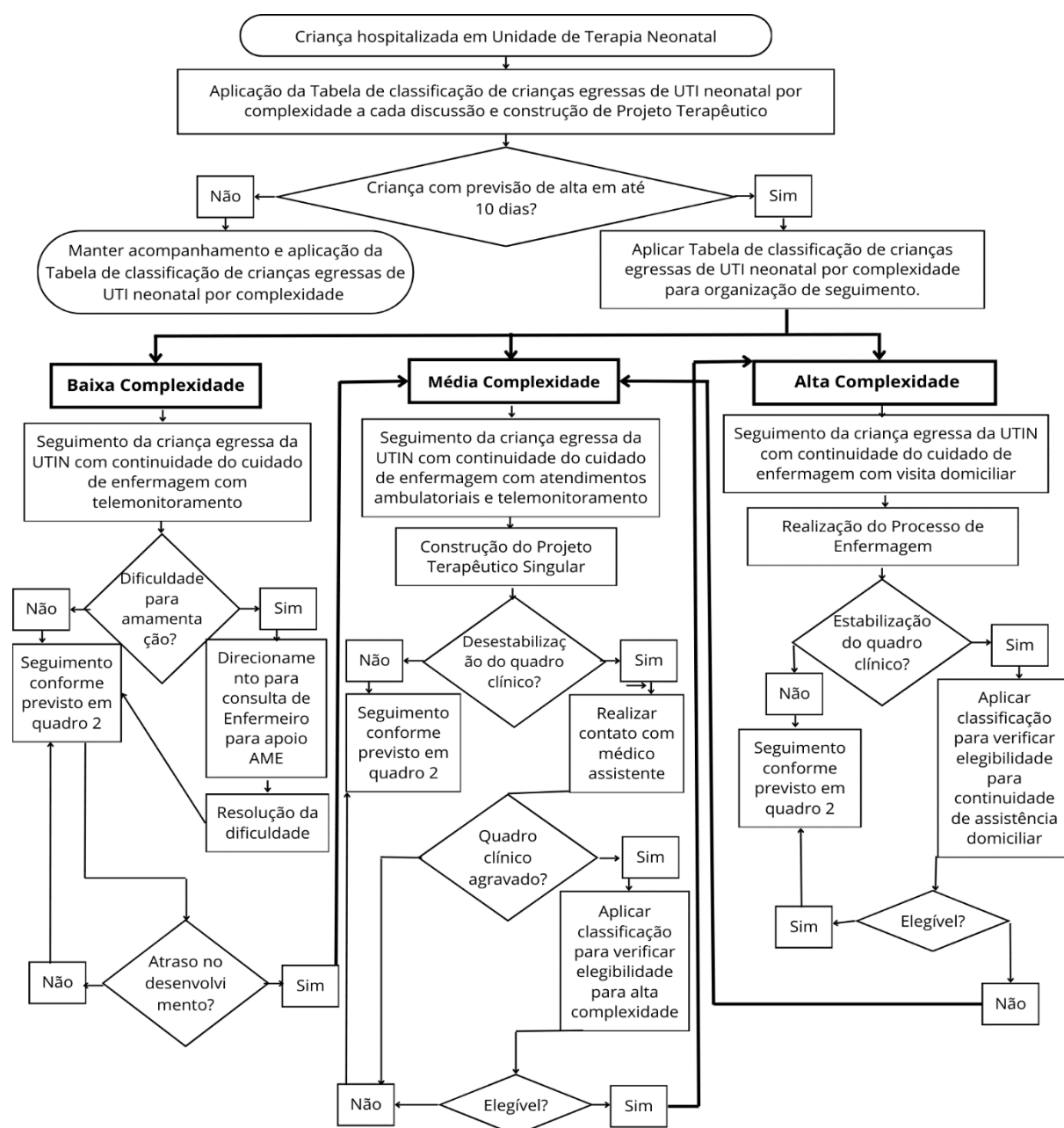


Figura 1 – Fluxograma para a continuidade do cuidado de enfermagem e seguimento da criança egressa da unidade de terapia intensiva neonatal.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

O protocolo prevê intervenções de enfermagem para todos os níveis de complexidade. No Quadro 2 são apresentadas as intervenções de enfermagem para cada um deles.

Assistência de Enfermagem preconizada à criança egressa de UTIN classificada como de baixa complexidade				
Periodicidade	Ação	Executor	Desenvolvimento	Meta
1º Contato até o 3º dia da alta hospitalar	Aplicar questionário 1 (figura 2)	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via <i>WhatsApp</i> (Blip) e encaminhar questionário	Identificar fragilidades e potencialidades e realizar orientações. Realizar “combinado” de próximos contatos e disponibilização de serviços. Realizar a adesão de criança ao programa antes da alta hospitalar quando internação no hospital próprio, demais <i>on-line</i> (confirmação antes de iniciar questionário).
2º Contato até o 15º dia após o 1º contato	Revisar respostas questionário 1 e confirmar informações	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via <i>WhatsApp</i> (Blip) em conversa direta para confirmação de pendências	Garantir realização de pendências de 1º contato, sanar dúvidas e realizar orientações de sono e posição para dormir, desengasgo, importância puericultura, AME livre demanda, perda de peso e demais informações pertinentes de promoção de saúde.
Trimestral até 1 ano	Aplicar questão referente ao desenvolvimento e solicitar últimas medidas antropométricas	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via <i>WhatsApp</i> (Blip) em conversa direta	Determinar os fatores de risco, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e realizar ações de promoção, prevenção e proteção à saúde da criança.
Introdução alimentar	Tentar identificar sinais de prontidão a partir do 6º mês de vida	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via <i>WhatsApp</i> (Blip) em conversa direta	Ofertar e orientar importância de realizar Curso de Introdução Alimentar.
Conforme demanda (para beneficiários descompensados e/ou história de ida ao Pronto Socorro ou reinternação)	Monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar de saúde		Estabilização clínica
Assistência de Enfermagem preconizada a criança egressa de UTIN classificada como de média complexidade				
Periodicidade	Ação	Executor	Desenvolvimento	Meta
1º Contato até 3º dia após alta hospitalar	Consulta de enfermagem presencial*	Enfermeiro	Consulta de enfermagem presencial para construção de Plano Terapêutico Singular	Consulta presencial para exame físico e orientações direcionadas às dúvidas dos responsáveis e definição de atendimentos presenciais e telenfermagem.

Assistência de Enfermagem preconizada à criança egressa de UTIN classificada como de baixa complexidade				
Periodicidade	Ação	Executor	Desenvolvimento	Meta
2º Contato 15 dias após o 1º contato	Aplicar questionário 2	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via WhatsApp (Blip) e encaminhar questionário	Seguir PTS traçado na consulta presencial, sanar dúvidas e atualização do quadro clínico da criança.
3º Contato	Contato com médico assistente	Enfermeiro	Contatar médico assistente via Blip ou telefônico	Entendimento de metas/plano de cuidados e, necessidades de criança.
4º a 7º contato realizados quinzenais a contar do último contato realizado até criança completar 3 meses de alta hospitalar	Revisar respostas questionário 2 e confirmar informações	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via WhatsApp (Blip) em conversa direta	Seguir PTS traçado, garantir realização de pendências de contatos anteriores, sanar dúvidas, atualização do quadro clínico. Realizar orientações de sono e posicionamento para dormir, desengasgo, importância puericultura, AME livre demanda, perda de peso e demais informações pertinentes de promoção de saúde.
Após criança ter completado 3 meses de alta hospitalar, contato bimestral até 1 ano e quadrimestral até 3 anos	Aplicar questão referente ao desenvolvimento e solicitar últimas medidas antropométricas	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via WhatsApp (Blip) em conversa direta	Determinar os fatores de risco, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e realizar ações de promoção, prevenção e proteção à saúde criança.
Introdução alimentar	Tentar identificar sinais de prontidão a partir do 6º mês de vida	Enfermeiro	Contatar responsável pela criança via WhatsApp (Blip) em conversa direta	Ofertar e orientar importância de realizar Curso de Introdução Alimentar.
Conforme demanda (para beneficiários descompensados e/ou história de ida ao Pronto Socorro ou reinternação)	Monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar de saúde		Estabilização clínica.
Assistência de Enfermagem preconizada a criança egressa de UTIN classificada como de alta complexidade				
Periodicidade	Ação	Executor	Desenvolvimento	Meta
1º Contato até 3º dia da alta hospitalar	Visita domiciliar	Enfermeiro	Visita domiciliar para realização de coleta de Processo de Enfermagem	Visita de enfermagem de elegibilidade (requisitos RDC 11) Etapas: Histórico de enfermagem, Exame físico, Diagnósticos, planejamento.

Assistência de Enfermagem preconizada à criança egressa de UTIN classificada como de baixa complexidade				
Periodicidade	Ação	Executor	Desenvolvimento	Meta
Mensal enquanto criança elegível a atendimentos domiciliares	Visita domiciliar	Enfermeiro	Visita domiciliar para realização de coleta de Processo de Enfermagem e Gerenciamento do cuidado	Seguimento do Processo de Enfermagem Etapas: Implementação e avaliação Gerenciamento do cuidado.
Mensal aplicação de Score para continuidade de atendimentos domiciliares	Visita domiciliar	Enfermeiro	Aplicação de Score para verificar elegibilidade para continuidade de atendimentos domiciliares	Manter criança elegível em atendimentos domiciliares e, não elegíveis em nível de assistência adequado.
Conforme demanda (para beneficiários descompensados e/ou história de ida ao Pronto Socorro ou reinternação)	Monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar de saúde		Estabilização clínica.

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem para cada nível de complexidade .

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

A validação do protocolo foi realizada por 12 enfermeiros, a maioria do sexo feminino (91,66%), com média de idade de 31,25 anos, maior número era de especialistas (75%), atuantes em setores de cuidado materno- infantil (58,33%), incluindo maternidade, berçário e Utin e pediátrica, na APS (25%) e Pronto Atendimento (16,66%). Quanto ao tempo de atuação nos setores, a média foi de 38,18 meses ($\pm 3,18$ anos).

Na Tabela 1 são apresentados os itens validados e a concordância entre os juízes.

Tabela 1 – Itens validados pelo grupo de juízes enfermeiros

Variável		Concordância		Discordância		IVC*	IVC**
		n	%	n	%		
Bloco 1 - OBJETIVOS: Propósitos, metas ou finalidades							
1	O protocolo contempla o tema proposto	11	91,66	1	8,33	0,91	0,97
2	O protocolo está adequado para a continuidade do cuidado de enfermagem à criança egressa da UTIN	12	100	0	0	1	
3	O protocolo proporciona orientação para tomada de decisão do enfermeiro	12	100	0	0	1	
Bloco 2 - ESTRUTURAÇÃO/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência							

4	O protocolo possui linguagem adequada ao público-alvo (enfermeiro)	11	91,66	1	8,33	0,91	
5	O protocolo está com informações corretas	12	100	0	0	1	
6	O protocolo apresenta informações objetivas	11	91,66	1	8,33	0,91	
7	O protocolo fornece informações esclarecedoras (deixa claro o que, como e por que fazer?)	11	91,66	1	8,33	0,91	
8	O protocolo possui informações necessárias	12	100	0	0	1	
9	O protocolo está em sequência lógica das ideias	11	91,66	1	8,33	0,91	
	O protocolo está adequado para o seguimento da						0,95
10	criança e acompanhamento do cuidado por meio de	11	91,66	1	8,33	0,91	
	telenfermagem						
	O protocolo está adequado para o seguimento da						
11	criança e acompanhamento do cuidado por meio de	12	100	0	0	1	
	atendimentos ambulatoriais						
	O protocolo está adequado para o seguimento da						
12	criança e acompanhamento do cuidado por meio de	12	100	0	0	1	
	atendimentos domiciliares						
Bloco 3 - RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse							
13	O protocolo estimula a assistência segura/assertiva	11	91,66	0	8,33	0,91	
14	O protocolo contribui para o crescimento e	12	100	0	0	1	0,95
	desenvolvimento infantil saudável						
IVC geral				0,95			

*IVC individual de cada questão avaliada

** IVC por bloco

Também foi avaliada a concordância entre os juízes pelo coeficiente de Kappa, indicando concordância razoável entre estes, com o valor do Kappa igual a 0,2684. É um valor estatisticamente significativo ($p\text{-value} = 0,00000$), descartando avaliações aleatórias ou subjetivas.

DISCUSSÃO

Na operadora de saúde onde o estudo foi desenvolvido, a classificação do RN é rotineiramente realizada em ambiente hospitalar pelo médico assistente, de acordo com as necessidades clínicas apresentadas, levando a alocação deste em alojamento conjunto/enfermaria, berçário ou Utin, mas não há um escore definido, a classificação é realizada de acordo com as condições clínicas apresentadas. Na área de enfermagem, há a Escala de Fantinelli et al.¹⁵, que avalia a complexidade assistencial de puérperas e seus RNs, durante o puerpério, no atendimento realizado no alojamento conjunto, considerando 13 parâmetros: estado mental, terapêutica, alimentação, eliminação, sinais vitais, deambulação, cuidado corporal, integridade da pele, observações gerais da mãe, posição do bebê, pega e sucção. A pontuação conduz a uma categorização em cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos ou intensivos, que é utilizada em ambiente hospitalar para auxiliar o enfermeiro na gestão da assistência e identificação do grau de complexidade demandados pelo binômio.

No intuito de auxiliar no planejamento de alta e identificar as necessidades apresentadas por esses RNs, considerados de alto risco, neste estudo foi elaborada uma classificação de crianças egressas de Utin por nível de complexidade, capaz de eleger necessidades considerando condições clínicas, cognitivas e uso de dispositivos de assistência, além de mensurar o nível de assistência do enfermeiro demandado após a alta. Esta classificação será aplicada pelo enfermeiro assistencial da Utin durante a discussão e construção do Projeto Terapêutico realizado pela equipe multiprofissional, durante hospi-

talização e ao sinalizar a possibilidade de alta, em dez dias ou menos antes da alta, e será aplicada para direcionar e organizar a assistência extra-hospitalar.

Para os RNs elegíveis para assistência de baixa complexidade, estabeleceu-se a estratégia de telenfermagem, essa modalidade de assistência teve grande reconhecimento durante a pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov-2), levando o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) a normatizar a prática de enfermagem no âmbito digital momentaneamente, por tempo determinado, por meio da Resolução nº 634/2020¹⁶ e, atualmente, está normatizada, por tempo indeterminado, o uso da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para atendimentos de enfermagem por meio da Resolução Cofen 696/2022¹⁷.

A consulta remota do enfermeiro é uma estratégia com potencial, uma prática inovadora, que auxilia no gerenciamento de saúde, viabiliza educação em saúde e empoderamento das famílias para enfrentamento de adversidades no ambiente domiciliar, além de ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio da facilidade da comunicação e agilidade no atendimento, destacando-se que quando bem praticada mantém qualidade, segurança e eficácia^{18,19}.

A assistência de baixa complexidade indica acompanhamento até um ano de vida, caso a criança atinja os marcos de crescimento e desenvolvimento esperados para a idade. Associado a essa complexidade o fluxograma apresenta indicação diferenciada quando mãe e bebê estiverem enfrentando problemas relacionados à amamentação, entendida pelos enfermeiros como ponto-chave para o sucesso da alta hospitalar.

Estudo realizado por Balaminit et al.²⁰ investigou a prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores associados na alta hospitalar até os seis meses de vida de crianças nascidas prematuras, que tiveram internação na Utin e/ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin) e/ou Unidade Canguru (UC) nas primeiras 48 horas, em dois hospitais da região Sudeste. Os pesquisadores identificaram como motivos de desmame precoce, em domicílio, a ausência do leite materno, dificuldade de sucção do prematuro, quantidade de leite insuficiente e o início precoce do uso de mamadeiras. Outros fatores que também estiveram associados foram o estado civil, ocupação materna, número de consultas de pré-natal, tipo de gestação e parto, idade gestacional, peso ao nascer, uso de suporte ventilatório, tempo de internação em unidades neonatais e renda familiar.

Ainda na baixa complexidade, o fluxograma designa que, quando a criança apresentar atraso no desenvolvimento psicomotor, ela deve ser direcionada à assistência de média complexidade. A assistência do enfermeiro para a criança de média complexidade implica acompanhamento até o terceiro ano de vida e preconiza que o primeiro contato seja realizado na modalidade presencial para elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) juntamente com os familiares e de acordo com as necessidades evidenciadas, a exemplo do uso de dispositivos. Estudo realizado com o objetivo de compreender a vivência dos cuidadores de crianças com gastrostomia identificou a necessidade de acompanhamento contínuo das famílias visando a sanar dúvidas e fornecer orientações para o cuidado²¹.

A criança classificada como de média complexidade requer contato com médico assistente, caso ocorra desestabilização clínica ou, se o caso for agravado, recomenda-se fazer nova classificação da criança para verificar elegibilidade para alta complexidade com assistência domiciliar, além de revisão do PTS, entendido como um conjunto de ações terapêuticas definidas, por meio de discussão coletiva, entre equipe multiprofissional, usuário e família, e percorre as etapas de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

A assistência de alta complexidade compreende atendimentos domiciliares do enfermeiro para crianças com condições crônicas complexas. Essas crianças e famílias demandam cuidados mais intensos, RAS articulada com todos os níveis de atenção e APS como ordenadora do cuidado²². A atuação do enfermeiro em âmbito domiciliar é normatizada pela Resolução Cofen nº 464/2014²³ com previsão

de operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) nas suas cinco etapas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

A assistência do enfermeiro no domicílio também está prevista na classificação de crianças egressas de Utin por complexidade para a modalidade de internação domiciliar, na tabela desenvolvida nesse estudo. A internação domiciliar, conforme a Resolução RDC Nº 11/2006²⁴, é entendida como “conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada” e, para esta modalidade, não há previsão de assistência do enfermeiro no protocolo, pois dependerá das necessidades clínicas do RN.

Parte imprescindível para a pesquisa em saúde e desenvolvimento de tecnologias é a validação de conteúdo, que objetiva mensurar a probabilidade de o conteúdo de um instrumento ser apropriada a que o construto se propõe e, geralmente, é avaliada por especialistas da área (juízes) por meio de uma escala que mensura relevância do construto e viabiliza comentários dos especialistas para aprimoramento¹².

Os resultados mostraram o IVC satisfatório para os 14 itens, com IVC geral de 0,95. Salienta-se que para seis questões (1, 6, 7, 9, 10, 13) houve uma avaliação considerada insatisfatória, mas somente dois comentários justificam tal avaliação.

Na análise por blocos do protocolo, foi possível evidenciar que o bloco 1 (Objetivos: Propósitos, Metas ou Finalidades) teve o maior IVC, 100% dos juízes julgaram adequada a assistência do enfermeiro proposto para as crianças egressas da Utin, sendo prevista a assistência do enfermeiro para baixa complexidade por telenfermagem, na média complexidade a avaliação inicial presencial e, a partir do PTS a definição de telenfermagem ou consultas presenciais com o enfermeiro e, para a alta complexidade, visitas domiciliares e realização do PE.

A análise do bloco 2 (Estruturação/Apresentação: Organização, Estrutura, Estratégia, Coerência e Suficiência) reforçou a adequação da continuidade do cuidado do enfermeiro. Na questão que avaliou especificamente a baixa complexidade, porém, atrelada ao cuidado por telenfermagem, um juiz julgou parcialmente adequado, apesar de não ter deixado comentários com sugestões. Acredita-se que a discordância do juiz possa estar relacionada ao período de validação (novembro a abril de 2022), pois nesse momento a telenfermagem estava autorizada pelo Cofen, por meio da resolução 634/2020¹⁶, apenas por tempo determinado devido à pandemia de Covid-19.

A atuação dos profissionais com recursos de TIC é uma das possibilidades de assistência bastante utilizada na área da saúde mas, no Brasil, ela ainda é recente para a área da enfermagem, pois somente em 17 de maio de 2022, com a publicação da Resolução Cofen nº 696/2022¹⁷ foi normatizada a assistência digital. Conforme a resolução, a prática de telenfermagem pode incluir consulta do enfermeiro, consultoria, interconsulta com equipe multiprofissional, educação em saúde, acolhimento da demanda espontânea e monitoramento de saúde.

O bloco 3 (Relevância: Significância, Impacto, Motivação e Interesse) avaliou o protocolo de forma geral, em dois itens essenciais, a segurança da assistência e o pilar central do protocolo, que é o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. O item de segurança da assistência teve uma resposta julgada como parcialmente adequada, porém não houve comentários, inviabilizando a possibilidade de identificar o entendimento de fragilidade visualizado pelo juiz. Quanto ao pilar de contribuição para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança 100% dos juízes consideraram o protocolo adequado.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil inicia-se na maternidade e tem continuidade na APS de forma sistemática, de modo a abranger a integralidade que envolve a primeira

infância, com atendimentos que a promoção e proteção da saúde, detecção precoce de alterações e reabilitação de alterações que possam ter impactos na qualidade de vida da criança¹. Nesse sentido, a continuidade do cuidado, guiada por um protocolo que orienta a atuação do enfermeiro considerando a complexidade da criança, poderá auxiliar as famílias a manterem a esperança, pois conforme estudo²⁵ realizado com cuidadores de crianças com doença crônica, as orientações dos profissionais quando baseadas em objetivos claros acerca da situação da criança fornecem mais esperança à família quanto à melhora da doença ou à manutenção da sua vida.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do protocolo é importante para direcionar e padronizar os cuidados básicos essenciais. Salienta-se que o protocolo aqui apresentado, construído a partir da realidade vivenciada, experiência dos participantes e com base na literatura científica, não deve ser uma ferramenta engessada, mas sim um instrumento para estimular a avaliação clínica e individualizada de cada criança e família, a fim de fornecer assistência qualificada e assertiva, podendo ser adaptado para diferentes realidades.

Destaca-se como importância deste estudo a pesquisa-ação, pois favoreceu o envolvimento de enfermeiros assistenciais de todos os níveis de atenção e serviços disponíveis na operadora, tornando o protocolo um instrumento de cuidado integral e adequado às necessidades. Além do tipo de pesquisa, destaca-se a construção da classificação de crianças egressas de Utin, por nível de complexidade, um instrumento com potencial inovador na área, pois direciona a assistência necessária ao RN após a alta hospitalar e, desta forma, um facilitador para planejamento da transição de cuidados.

Como limitação e fragilidade do estudo destaca-se a impossibilidade de ter sido aprestada a avaliação do impacto do protocolo após a sua adoção no serviço de saúde; assim, sugere-se a continuidade do estudo para que essa etapa da pesquisa possa ser realizada e, conseqüentemente, constata-se necessidade, o protocolo readequado.

REFERÊNCIAS

- ¹ Batista G. de J, Pereira CTJ, Felipe, FR, Luz KMG, Cruz MM, Silva, DJ de O, et al. Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): A importância na sobrevivência dos recém-nascidos. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [Internet]. 4 jun. 2021 [citado 22 jul. 2024]; 10(6):e40910615884. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15884>
- ² Lawlor GCO, Righi NC, Kurtz FM, Porto BS da S, Trevisan CM. Caracterização de variáveis clínicas e do desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros. Rev APS [Internet]. 2018 [citado 14 ago. 2022];21(2):177-181. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16060>
- ³ Azevedo CS, Pfeil NV. No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas. Physis [Internet]. 25 nov. 2019 [citado 22 jul. 2024];29(4):e290406. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290406>
- ⁴ Klein K, Issi HB, Souza NS, Ribeiro AC, Santos EEP, Senhem GD. Dehospitalization of technology-dependent children: the perspective of the multiprofessional health team. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 3 nov. 2021 [citado 22 jul. 2024];42:e20200305. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200305>
- ⁵ Xavier JS, Bernardino FBS, Gaíva MAM. Follow-up of newborns at risk: integrative literature review. RSD [Internet]. 4 nov. 2020 [citado 24 abr. 2022];9(11):e579119515. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9515>
- ⁶ Oliveira LS de, Costa MFBNA da Hermida PMV, Andrade SR de, Debetio JO, Lima LMN de. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. Escola Anna Nery [Internet]. 2021 [citado 14 ago. 2022];25. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>
- ⁷ Ramalho ELR, Nóbrega VM da, Mororó DD de S, Pinto JTM, Cabral CHK, Collet N. Nurse's performance in the hospital discharge process of children with chronic disease. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2022;43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210182.pt>

- ⁸ Araís AGC, Rosa VS da, Sakamoto VTM, Blatt CR, Caregnato RCA. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 [citado 20 jun. 2022];13(8):1-7. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e8380.2021>
- ⁹ Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2018. 136 p.
- ¹⁰ Pasquali L. Instrumentação psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- ¹¹ Leite S de S, Áfio ACE, Carvalho LV de, Silva JM da, Almeida PC de, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 26 fev. 2022];71. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>
- ¹² Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Vol. 9. Porto Alegre: Artmed; 2018. 456 p.
- ¹³ Vieira, S. Bioestatística. Tópicos avançados – testes não paramétricos, testes diagnósticos, medidas de associação e concordância. São Paulo: Elsevier; 2018. p. 102.
- ¹⁴ Teló AM, Adamy EK, Zanatta EA. Perfil epidemiológico de recém-nascidos egressos da unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital privado do oeste catarinense. Semana Brasileira de Enfermagem – SBEn (83., 2022, Chapecó, SC); Semana de Enfermagem UDESC (18., 2022, Chapecó, SC) : A enfermagem no contexto da Pandemia pela COVID-19: que lições aprendemos? [Internet]. 2022 [citado 20 dez. 2022];(20):235. Disponível em: <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00009d/00009dd3.pdf>
- ¹⁵ Fantinelli AA, Borges RF, Stein RT, Molin RSD, Roncada C. Development and validation of the specific instrument for assistance complexity of puerperal and newborns: Fantinelli Scale. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2020 [citado 4 jun. 2023];20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200006>
- ¹⁶ Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 634, de 26 mar. 2020 [Internet]. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
- ¹⁷ Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 696, de 17 maio 2022 [Internet]. 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html
- ¹⁸ Coutinho J de SL, Souza SM de, Macedo MAA de, Domingos CS, Souza LM de, Paz DD, et al. A assistência de enfermagem a partir da consulta remota: revisão de literatura. 2022 [citado 24 abr. 2022];15(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e9646.2022>
- ¹⁹ Zuhlan LS, Amadigi FR, Machado RR, Lino MM, Pires DEP de, Costa SR da, et al. Perception of Nurses About Nursing Teleconsultation in Primary Care. Texto & Contexto – Enfermagem [Internet]. 2023 [citado 18 jun. 2023];32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0217pt>
- ²⁰ Balaminit T, Sousa MI de, Gomes ALM, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do Sudeste. Rev Eletr Enferm [Internet]. 6 nov. 2018 [citado 14 ago. 2022];20(0):v20a22. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50963>
- ²¹ Rodrigues L do N, Silva WCP da, Santos A da S, Chaves EMC. Vivências de cuidadores de crianças com gastrostomia. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2019 [citado 24 abr. 2022];13(3):587-593. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236715p587-593-2019>
- ²² Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis P dos, Ichisato SMT, Bega AG, et al. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. Reme – Rev Min Enferm [Internet]. 2020 [citado 24 abr. 2022]; DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200006>
- ²³ Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 464, de 20 de outubro de 2014 [Internet]. 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html
- ²⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 jan. 2006 [Internet]. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
- ²⁵ Henriques NL, Silva JB da, Charepe ZB, Braga PP, Duarte ED. Factores promotores y amenazadores de Esperanza en cuidadores de niños con condiciones crónicas. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2023 [citado 25 jun. 2023];31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>

Submetido em: 26/6/2023

Aceito em: 6/9/2024

Publicado em: 11/4/2025

Contribuições dos autores

Ana Maira Teló: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Edlamar Kátia Adamy: Conceituação, Curadoria de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Maria Aparecida Munhoz Gaíva: Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição

Alysson Ramos Artuso: Design da apresentação de dados, Redação – revisão e edição

Elisangela Argenta Zanatta: Supervisão, Validação de dados e experimentos, Administração do projeto, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento.

Autor correspondente

Ana Maira Teló

Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc

R. Beloni Trombeta Zanin, 680E – Santo Antônio, Chapecó/SC, Brasil. CEP89815-630

anamairatelo@unochapeco.edu.br

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

