

Enfermagem

ISSN: 2764-2143

Ano 2 / N.º 2 / 2022

de
AaZ

ESPAÇO GRANDES HERÓIS

**Trabalhar em UTI
é ter a certeza
de que cada dia
será diferente**

HUMANIZAÇÃO

**Cuidados da
enfermagem aos
pacientes internados
com vírus sincicial
respiratório**





Gerente geral:
Marielza Ribeiro

Diretor:
Carlos Alberto Martins

Administrativo/Financeiro:
Kelly Miranda
Tania Amaral

Diretora executiva:
Manuela Borges

Gerente de relacionamento:
Mariana Rocha

Gerente editorial:
Nathalia Zerbinatti (MSc)

Coordenador de produção:
Felipe Yuri

Direção de arte:
Victor Melo

Diagramação:
Gabrielle Rocha
Maurício Marcelo

Departamento científico:
Andressa Pinheiro
Bianca Santos
Marcos Malaquias
Sophia Sueyoshi

Coordenadora de revisão:
Mariana Nicolai

Revisão:
Aileen Monteiro
Giulia Carvalho

Banco de imagens:
Shutterstock

Jornalista:
Daniela Barros - MTB 39.311

Enfermagem de A a Z

É uma publicação trimestral da Planmark Editora.
Material de distribuição exclusiva aos enfermeiros(as).

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade do anunciante.
O conteúdo desta publicação reflete exclusivamente a opinião dos autores e não necessariamente a opinião da Planmark Editora EIRELI ou da AstraZeneca.

Para adquirir os direitos de reprodução de textos e imagens da revista *Enfermagem de A a Z* acesse: www.grupoplanmark.com.br

©2022 Planmark Editora EIRELI. Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9.610 de 19/02/1998. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sem autorização prévia, por escrito, da Planmark Editora EIRELI, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros. OS 11514 - jun22.

FALE COM A GENTE

ATENDIMENTO AO LEITOR

Envie suas perguntas, críticas e sugestões para a redação: Grupo Planmark - Rua Dona Brígida, 754, CEP 04111-081, Vila Mariana, São Paulo, SP
E-mail: cientifico@grupoplanmark.com.br

Nesta edição a *Revista Enfermagem de A a Z*, que a AstraZeneca oferece aos profissionais da área, tem a satisfação de inaugurar uma nova seção, **Espaço Grandes Heróis**, que revelará aos leitores vivências e trajetórias marcantes de profissionais dedicados aos desafios representados pela atuação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A primeira a compartilhar sua experiência é a Enfa. Daniela Helena Versiane, coordenadora de Enfermagem da UTI Pediátrica e Neonatal da Rede Mater Dei de Saúde, de Belo Horizonte (MG), que na entrevista destaca suas primeiras emoções no atendimento a neonatos, sua compreensão sobre a realidade das UTIs, a necessidade de manter e aperfeiçoar os vínculos entre equipes de atendimento e familiares, além de vários outros tópicos de leitura útil e prazerosa.

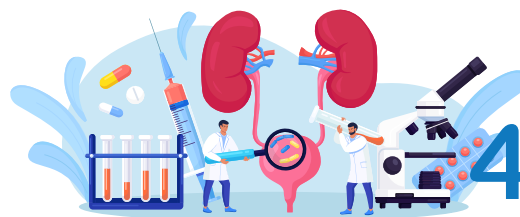
Em seguida, a seção **Humanização** ficou a cargo da Enfa. Thalita Bridi, enfermeira Neonatal no Hospital e Maternidade Santa Joana, de São Paulo (SP), que coordena equipes de enfermagem em UTI para recém-nascidos prematuros de alto risco.

A especialista destaca os cuidados cada vez mais necessários com o vírus sincicial respiratório, principal agente causador da bronquiolite, ressalta a importância da atuação eficaz da assistência de enfermagem à beira-leito e enfatiza, na prática, as intervenções de enfermagem denominadas como cuidados diretos e indiretos.

Em síntese, as matérias desta edição têm um ponto em comum: os cuidados de enfermagem são essenciais desde o acompanhamento ambulatorial até a internação na UTI, sempre com atribuições específicas e personalizadas às necessidades dos pacientes.

Boa leitura!

Enfa. Priscila Ataides



Trabalhar em UTI é ter a certeza de que cada dia será diferente

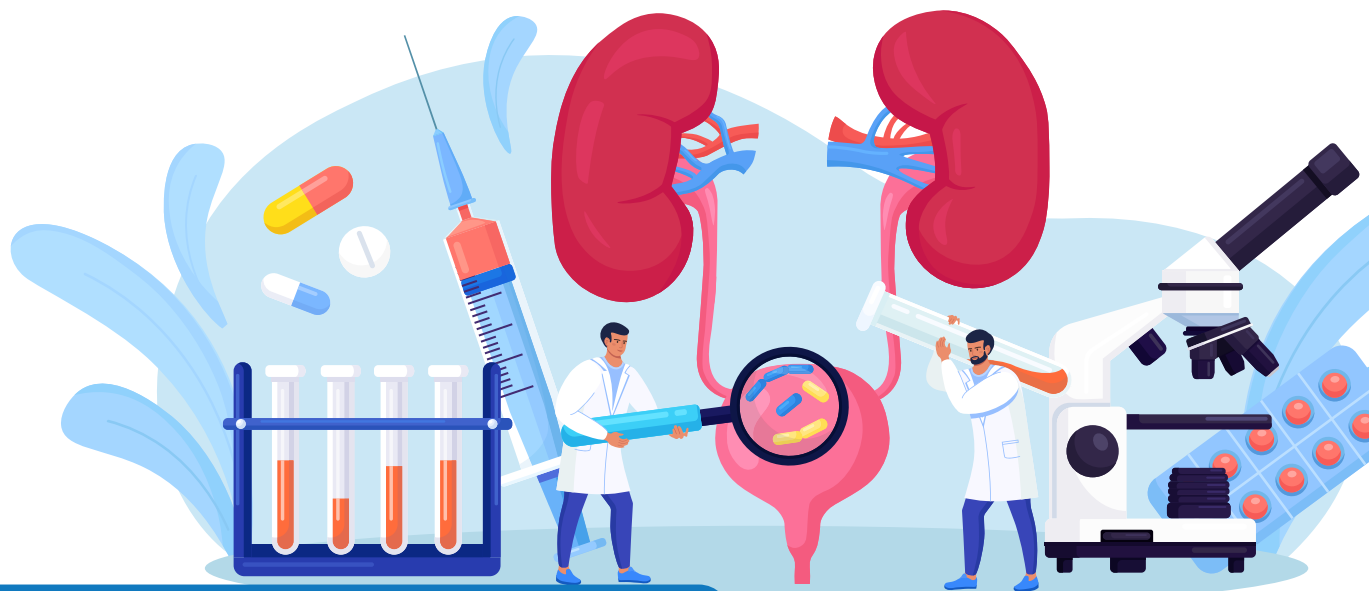
Entrevista com:
Daniela Helena Versiane
Coren-MG REG-75.847



Cuidados da enfermagem aos pacientes internados com vírus sincicial respiratório

Enfa. Thalita Bridi
Coren-SP 216.356

Trabalhar em UTI é ter a certeza de que cada dia será diferente



Entrevista com:

Daniela Helena Versiane

Coren-MG REG-75.847

Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica e Neonatal Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte (MG)

Estreamos a nossa nova seção, **Espaço Grandes Heróis**, compartilhando a história da enfermeira Daniela H. Versiane, que destaca a escuta ativa e a empatia como fórmula para lidar com os desafios da profissão e promover acolhimento e segurança aos pais dos pacientes.

Em 1996, Daniela Helena Versiane (Coren-MG 75.847), que atualmente é a coordenadora de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Neonatal da Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte (MG), chegou a essa instituição por intermédio de um médico, Dr. Roberto Fonseca: “Ele fazia parte do meu círculo de amigos e falou muito bem de lá, especialmente ao que se referia à organização, protocolos definidos, tecnologia de ponta e profissionais renomados”, conta.

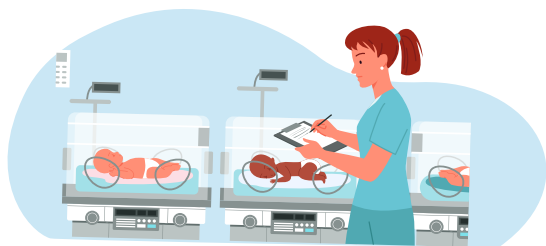
Após passar pelo processo de recrutamento, Daniela foi aprovada para trabalhar na UTI pediátrica e neonatal. “O primeiro plantão a gente nunca esquece. Lembro-me de ver os bebês ligados

a vários fios e a equipamentos. A cada som do alarme, o meu coração disparava. Ao mesmo tempo, notei a força com que eles lutavam para sobreviver. A partir daí, percebi que a terapia intensiva era um campo infinito de aprendizagem em vários aspectos: habilidade técnica específica para lidar com esse tipo de paciente; interação com uma equipe multidisciplinar; vínculo constante com os pais e responsáveis. Apesar de toda a tecnologia disponível, acima de tudo eu teria que aprender a cuidar com delicadeza, sensibilidade e amor”, relata.

E assim se passaram 26 anos de atuação na terapia intensiva. Atualmente, Daniela, que também é pós-graduada em enfermagem e terapia intensiva no Instituto de Educação Continuada (IEC) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), é responsável por duas UTIs, sendo uma pediátrica e outra neonatal. Sob a sua orientação estão 120 colaboradores, entre

enfermeiras, técnicos de enfermagem, recepcionistas, analistas de conta e, ainda, pessoas em formação, como acadêmicos de enfermagem e enfermeiros especializados.

Inauguramos nesta edição a seção **Espaço Grandes Heróis**, da revista *Enfermagem de A a Z*, que contará histórias sobre a trajetória de pessoas que se dedicam diariamente aos desafios impostos por uma UTI. No caso de Daniela, soma-se ainda a gestão e formação de profissionais que, assim como ela, farão a diferença.



Como é a sua rotina na UTI neonatal?

Minhas atribuições práticas, especificamente em relação aos pacientes com vírus sincicial respiratório (VSR), passam por vários processos de gestão, como a dos insumos, dos leitos, das pessoas e dos equipamentos. Além disso, preciso lidar com a tratativa de queixas dos familiares e esclarecimento da rotina e política da área de isolamento; educar e capacitar os funcionários quanto às vias de transmissão, gravidade potencial dos casos de recém-nascidos (RNs) infectados e as medidas de prevenção da doença respiratória viral.

O que mudou no período da pandemia?

Ocorreram muitas mudanças e o setor que mais sofreu certamente foi o da saúde. Além de todo o impacto causado pelas alterações no modo de viver mundial, tivemos que nos preparar para atender às novas restrições e às vítimas da COVID-19.

Os fluxos, as metodologias e as ferramentas de trabalho foram alterados e

muitos se mantêm até os dias atuais, como reuniões remotas e mais curtas e focadas; capacitações *fast*; revisão de protocolos, transformando-os

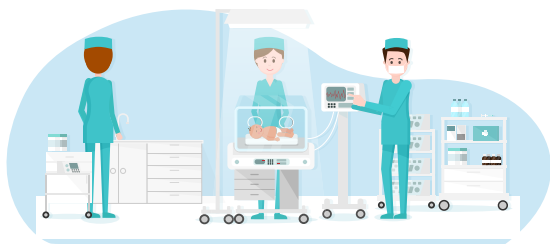
em fluxos enxutos para melhor e mais rápido entendimento. As visitas ficaram restritas, sendo que nas UTIs pediátrica e neonatal, somente os pais foram autorizados a permanecer integralmente na unidade. Outros familiares e parentes passaram a utilizar videochamadas. Houve mudanças de área física e em fluxos de pacientes. Além dessas, ocorreram também alterações na logística e na gestão *on time* de insumos, como máscaras, capote, álcool gel, equipamentos e, principalmente, de pessoas. Houve, ainda, a introdução de novas tecnologias, como a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). É preciso destacar o acompanhamento diário dos colaboradores afastados pela saúde corporativa, além do encaminhamento para psiquiatras e psicólogos e o afastamento das colaboradoras gestantes.

Qual é o significado que o trabalho na UTI neonatal tem para você? O que a motiva diariamente a iniciar sua jornada e a sua permanência na terapia intensiva?

Trabalhar em UTI é ter a certeza de que cada dia será diferente. Diariamente sou desafiada como líder e como ser humano. Sempre há tomadas de decisão em relação à gestão de processos, equipamentos, pessoas e clientes.

Com o passar do tempo e o amadurecimento, entende-se que estrutura, tecnologia e processos bem definidos são fundamentais, mas quem faz a roda girar são as pessoas. Esse exercício diário de inspirar a minha equipe, estabelecer uma relação de confiança, inserir nela a cultura da empresa, disseminar as estratégias de negócio e de engajá-la na busca dos resultados é o que me motiva a continuar nessa jornada.





O fardo emocional costuma ser mais difícil quando se trabalha com bebês e crianças em UTIs?

Essa pergunta sempre foi uma constante em minha carreira. A maioria das pessoas pensa dessa maneira em função da fragilidade, vulnerabilidade e dependência dos bebês e das crianças. Contudo, quem trabalha direto com esses pacientes sabe que não. Acredite, esses “pequenos gigantes” têm muita força e lutam bravamente! A batalha deles para sobreviver é nítida. Quando você presencia um bebê ou criança retornando de uma cirurgia, abrindo os olhinhos, já querendo arrancar tudo (fios, tubos), ou as crianças maiores pedindo comida e sorrindo, é como um milagre, eles exalam vida.



Como é o seu relacionamento com os pais dos bebês internados? É possível manter distanciamento emocional?

Tenho um ótimo relacionamento com os pais, responsáveis e acompanhantes. Mas essa maturidade não é automática, ela foi surgindo com o tempo. Na UTI neonatal aprendemos a separar o lado pessoal do profissional. No entanto, nem sempre é possível separar o profissional do emocional.

Uma estratégia que uso para estabelecer um excelente vínculo com os pais é a comunicação honesta e transparente. Muitos profissionais tendem a fugir do cliente. No entanto, não iremos

conquistar a confiança dele nos esquivando do problema. Esse tipo de comportamento gera insegurança e um sentimento de que ele precisa vigiar o nosso trabalho. A porta da minha sala está sempre aberta.

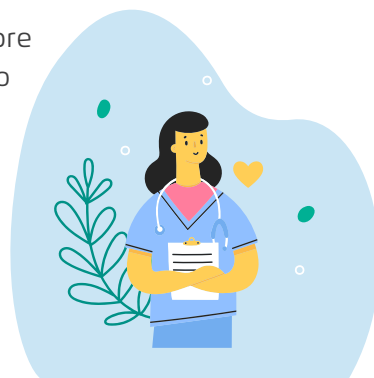
Aprendi também que a escuta ativa é essencial, assim como a conversa olho no olho. Precisamos dedicar um tempo para ouvir e compreender o que o outro tem a dizer e deixar o “copo esvaziar”.

A empatia é passível de ser aprendida, treinada e aprimorada. Quando se adota a comunicação empática, pacientes e familiares se sentem acolhidos, apoiados, compreendidos e validados. Isso promove confiança, melhora a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, aprimoram-se os desfechos em saúde.

Você teria algum caso marcante para relatar, como alguma grande perda?

Todas as perdas sempre foram marcantes, mesmo porque a nossa cultura ensina que os indivíduos mais velhos devem morrer primeiro. Lembro-me de um caso em que os pais e familiares enlutados de uma criança que falecera em decorrência de um câncer abraçaram cada profissional da equipe, extremamente gratos com o atendimento. Eles viram todo o esforço e carinho que todos tinham com a filha deles. Após um ano do óbito, retornaram ao hospital, no dia do aniversário dela, e nos convidaram para ir ao jardim fazer uma oração e soltar balões para homenageá-la.

São vários episódios inesquecíveis, mas esse ficou no meu coração, porque me fez lembrar que nós, profissionais da saúde, também choramos, ficamos de luto e precisamos ser acolhidos. Mais do que o sofrimento, entendi que para cada história existe um propósito. Ainda que não tenhamos todas as respostas, cumprimos com o nosso dever.



Você já precisou se afastar do trabalho em função do esgotamento mental?



Não cheguei a precisar me afastar, mas vivenciei muitas situações tristes e difíceis, que me abalaram. Nem lembro quantas vezes já chorei com os pais e junto com minha equipe. Mas há momentos em que não é possível chorar, pois como líder você precisa confortar, apoiar

e tomar decisões frente à situação. O choro e o desabafo ficam para mais tarde.

Acredito que para nós, enfermeiros, abordar a morte diante da profissão é a mais dura realidade, pois somos formados para lutar diariamente pela sobrevivência dos nossos pacientes e não para a finitude deles.

Já tive que acompanhar alguns colaboradores, principalmente aqueles que se deparam pela primeira vez com essa situação de morte ou um diagnóstico em que a medicina ainda não descobriu a cura. A piora clínica do paciente, principalmente após um longo período de proximidade, faz com que vários sentimentos venham à tona, como tristeza, perda, decepção, impotência, frustração, raiva, fuga e até negação, por não conseguirmos manter a vida. Esse é um momento em que, como líder, preciso ter um olhar diferenciado frente a equipe.



Qual momento você elegeria como o de maior alegria nesses anos de atuação na UTI neonatal e pediátrica?

É impossível eleger um único momento, afinal são 26 anos de histórias. Como líder, em relação à minha equipe, minha maior alegria foi

formar várias pessoas nessa caminhada, extrair o melhor de cada um deles, fazê-los acreditar que são capazes, do mesmo modo como um dia acreditaram em mim. É muito gratificante vê-los aperfeiçoando as suas habilidades e se tornando parte de times de alta performance. Tenho muitos afilhados profissionais espalhados por aí e, como madrinha, fico toda orgulhosa quando tenho notícias de que estão no caminho certo e progredindo cada dia mais profissionalmente e como seres humanos.

Em relação aos pais e pacientes, não tenho dúvida de que o momento de maior alegria é devolver o filho deles com saúde. Ver a gratidão e emoção nos olhos dos familiares não tem preço.

É desafiador para os enfermeiros se manterem atualizados mediante a introdução constante de novas tecnologias na UTI?

Não. Desde que haja planejamento, é possível. É muito importante ter protocolos muito bem desenhados e instituídos e é fundamental que haja uma parceria com o setor de educação corporativa, com o Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (SECIH) e de Engenharia.

Para cada nova tecnologia é imprescindível que haja um teste do produto ou do equipamento e que todo o time, inclusive os enfermeiros, esteja envolvido. Depois da aprovação do comitê para a padronização do produto ou equipamento, faz-se necessário o agendamento da capacitação para 100% da equipe.

Outro ponto importante é elaborar um cronograma de capacitação, incluindo temas de reciclagem que abordam também essas novas tecnologias. Ressalto que não se trata apenas de uma questão de capacitação, mas também de garantir a segurança assistencial, que vai desde os pacientes aos nossos colaboradores, prevenindo acidentes no trabalho.



Cuidados da enfermagem aos pacientes internados com vírus sincicial respiratório



Enfa. Thalita Bridi

Coren-SP 216.356

Enfermeira Neonatal no Hospital e Maternidade Santa Joana (São Paulo, SP);
Coordenadora da Equipe de Técnicas de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Neo com Leitos Destinados a Recém-Nascidos Prematuros de Alto Risco

Introdução

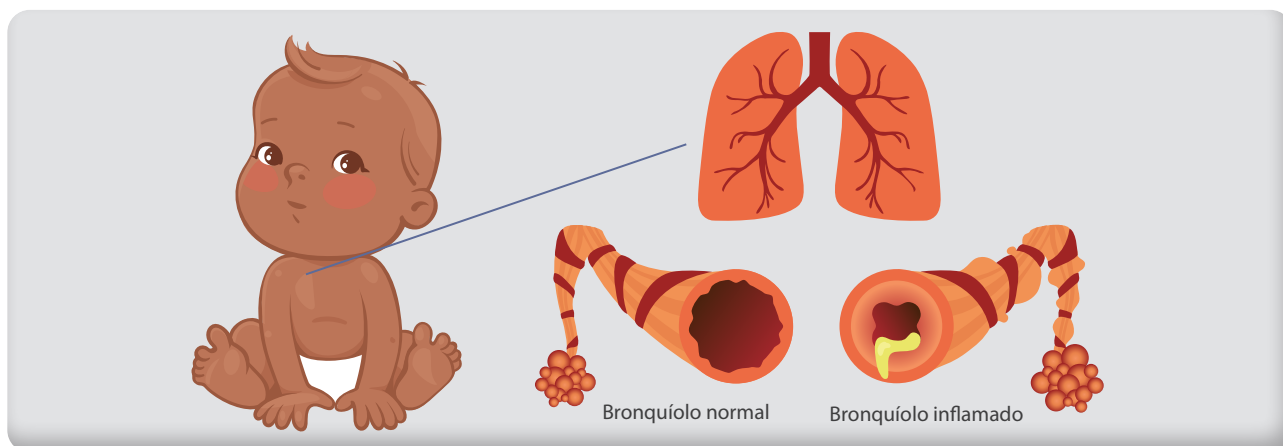
O vírus sincicial respiratório (VSR) é o principal agente causador da bronquiolite, que por definição é uma infecção viral que acomete (inflama) a parte mais delicada do pulmão dos bebês, os bronquíolos, que são a continuidade dos brônquios, que distribuem o ar dentro dos pulmões (Figura 1).¹

A bronquiolite não é apenas uma das causas mais comuns de hospitalização de lactentes (crianças com até 24 meses de idade), mas também para grupos de crianças que possuem maior risco de desenvolver quadros de bronquiolite mais graves: prematuros; crianças com doença

pulmonar crônica (displasia broncopulmonar); defeitos anatômicos das vias aéreas; imunodeficientes; de baixo peso de nascimento; cardiopatias congênitas, entre outros.^{1,2}

Desenvolvimento

O VSR não é o único vírus que causa bronquiolite; existem vários outros que ocasionam o mesmo quadro respiratório, como, por exemplo, adenovírus, bocavírus, rinovírus, parainfluenza, influenza (tipos A, B ou C) e metapneumovírus.³



Elaborada a partir de Sociedade Brasileira de Pediatria.¹

Figura 1. Bronquiolite.

Como a bronquiolite é uma doença causada por vírus respiratório, o quadro se inicia de forma similar a um resfriado, apresentando obstrução nasal, irritabilidade de intensidade variável, tosse, febre e recusa das mamadas.²

Em aproximadamente um ou dois dias do acometimento, o quadro evolui para desconforto respiratório, tosse intensa, taquipneia (frequência respiratória aumentada) e sibilância (chiado pulmonar), podendo ainda apresentar sinais e sintomas mais graves, como sonolência (por troca gasosa ineficaz), gemência, cianose e apneias (pausas respiratórias) (Figura 2).^{1,3}

O contágio pode acontecer em grupos específicos de crianças, que acabam tendo internações prolongadas desde o nascimento (prematturos, cardiopatas etc.) e, no período de maior incidência, muitas vezes ainda estão internadas. Portanto, não se pode deixar de falar sobre o risco do acometimento ainda durante essa internação.⁴

Os recém-nascidos prematturos são altamente suscetíveis à infecção pelo VSR, em função da imaturidade de seu sistema imunológico e dos baixos níveis de anticorpos maternos.⁵

A assistência da enfermagem à beira-leito monitora constantemente esses pacientes. Uma vez que o quadro de bronquiolite no lactente pode apresentar intercorrências, é necessário que o profissional de enfermagem esteja seguro, técnica e cientificamente, abordando intervenções sistematizadas, que lhe cabem como competência.^{5,6}

O diagnóstico de infecção viral geralmente é baseado nos sinais e sintomas, mas em um possível surto na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, por exemplo, a investigação de todos os contatos é fundamental, devido à possibilidade

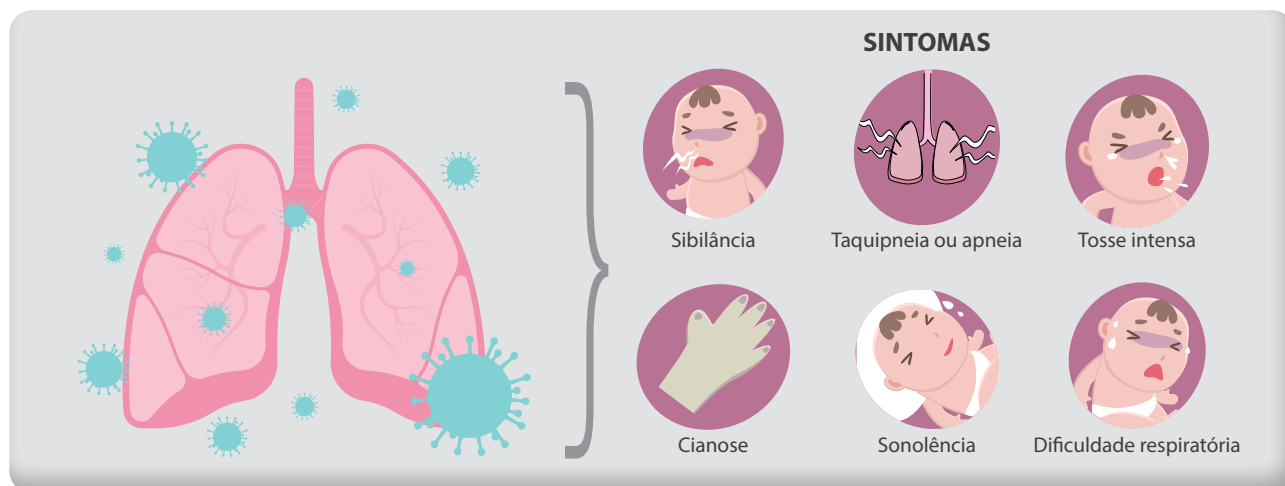
de disseminação viral na unidade. Em vista disso, em bebês sintomáticos ou assintomáticos, são necessários a identificação rápida, o isolamento e a implementação das condutas.^{7,8}

No âmbito hospitalar, o enfermeiro tem um importante papel no processo saúde-doença da bronquiolite viral aguda (BVA), visando aumentar o conforto do paciente, melhorar o processo respiratório, a monitorização clínica, a educação em saúde para a equipe e familiares, a partir dos cuidados de enfermagem adequados e intervenções no momento oportuno para o alcance dos resultados.^{6,9,10}

O processo de enfermagem (PE) é visto como uma ferramenta metodológica que auxilia no cuidado profissional e na documentação da prática profissional. Dessa forma, passa a garantir a qualidade e a efetividade na assistência e no bem-estar do paciente.¹⁰ Essa ferramenta metodológica é composta por algumas fases e/ou etapas, que são:

- coleta de dados;
- diagnóstico de enfermagem;
- planejamento de enfermagem;
- implementação;
- avaliação.

Por consequência, essas etapas têm como propósito oferecer um cuidado individualizado, abordando todas as necessidades do paciente.¹⁰ Para isso, o PE deve ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teoria(s), com isso obtendo maior qualidade, que auxilia na elaboração da prescrição de enfermagem, a assistência focada no cuidado individualizado e humanizado do paciente.¹⁰



Elaborada a partir de Sociedade Brasileira de Pediatria;¹ Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematturos.²

Figura 2. Sintomas da bronquiolite.

Dentro das múltiplas funções do enfermeiro na assistência ao lactente com BVA ou infecções respiratórias agudas, estão a de identificar os diagnósticos de enfermagem cabíveis, traçar assistência na implementação da prescrição médica, iniciar o isolamento, manter a monitorização contínua, oximetria de pulso, realizar o balanço hídrico, entre outros.^{5,11}

Cuidado direto e indireto

Na prática, as intervenções de enfermagem incluem cuidado direto e indireto. A intervenção direta inclui as ações de enfermagem fisiológicas e psicológicas; já a indireta representa o tratamento realizado longe do paciente, mas que o favorece.¹²

As intervenções diretas de enfermagem (procedimentos e a assistência à beira-leito) são executadas conforme as necessidades do paciente; no caso de crianças internadas acometidas pela bronquiolite por VSR, ou na admissão dessas crianças com tal diagnóstico, se necessitará de isolamento.⁵

Conforme minha prática clínica, nos casos em que há sinais e sintomas de desconforto respiratório, iniciamos a oferta de oxigênio conforme prescrição médica, podendo ser oxigenoterapia por cateter nasal simples, cateter nasal de alto fluxo, ventilação mecânica não invasiva (CPAP) ou até mesmo ventilação mecânica (esses ofertados somente na UTI), instalação do oxímetro de pulso; simultaneamente, iniciar os controles de sinais vitais (temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, sinal de dor, mensuração da pressão arterial, avaliar sinais de desidratação em crianças).

A implementação é a execução, pela equipe de enfermagem, das atividades prescritas na etapa de planejamento da assistência, ou seja, é o cumprimento pela equipe de enfermagem da prescrição de enfermagem.¹⁰

Considerações finais

Os cuidados de enfermagem estão presentes desde o acompanhamento ambulatorial até uma possível internação na UTI; em cada ambiente com

atribuições específicas e personalizadas às necessidades dos pacientes.

A melhor assistência começa com a orientação das famílias sobre as formas de contágio, medidas simples e eficazes nos cuidados com os bebês, especialmente nos menores de um ano de vida, e naqueles com fatores de risco. Dessa forma, deve-se evitar o contato com crianças e adultos resfriados, fugir de aglomerações, lavar e higienizar as mãos com álcool gel 70%, principalmente antes de tocar os bebês; em continuidade, promover a amamentação e evitar o tabagismo passivo, além de buscar o acompanhamento pediátrico para monitorar o crescimento, a introdução adequada da alimentação e o cumprimento do calendário de vacinação indicado ao bebê.¹

Referências

1. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pneumologia. Bronquiolite aguda. Bronquiolite Aguda. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/doencas/bronquiolite-aguda/>>. Acesso: maio 2022.
2. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros. VSR e a prematuridade. 2019. Disponível em: <<https://www.prematuridade.com/vsr-e-a-prematuridade>>. Acesso: maio 2022.
3. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre bronquiolite na infância: diagnóstico e tratamento. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-bronquiolite-na-infancia-diagnostico-e-tratamento/>>. Acesso: maio 2022.
4. de Carvalho WB, Johnston C, Fonseca MC. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. Rev Assoc Med Bras. 2017;53(2):182-8.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). 2011. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr-versao_final1.pdf>. Acesso: maio 2022.
6. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL. Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. Acta Paul Enf erm. 2007;20(4):458-63.
7. Stralio SM, Siqueira MM, Machado V, Maia TMR. Respiratory viruses in the pediatric intensive care unit: prevalence and clinical aspects. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2004;99(8):883-7.
8. Kutter JS, de Meulder D, Bestebroer TM, van Kampen JJA, Molenkamp R, Fouchier RAM, et al. Small quantities of respiratory syncytial virus RNA only in large droplets around infants hospitalized with acute respiratory infections. Antimicrob Resist Infect Control. 2021;10:100.
9. Alvarez AE, Marson FAL, Bertuzzo CS, Arns CW, Ribeiro JD. Características epidemiológicas e genéticas associadas à gravidade da bronquiolite viral aguda pelo vírus sincicial respiratório. J Pediatr. (Rio J). 2013;89(6):531-43.
10. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Coren-SP. Processo de Enfermagem: Guia para prática. 2015. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso: maio 2022.
11. Brasil. Decreto nº94.406/87. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html?fbclid=IwAR0F7EIRZQ1_D8FxmG2bliJffBc2uT8-WSHtNC05DAMtRqFLIRiDBSLj0>. Acesso: maio 2022.
12. Guimarães HCQP, de Barros ALBL. Classificação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enf USP. 2011;35(2):130-4.



SAC
@ASTRAZENECA.COM
0800 014 5578

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod. Raposo Tavares km 26,9
06707-000 | Cotia | SP | Brasil
SAC 0800 014 55 78
www.astrazeneca.com.br

INFO.MED
@ASTRAZENECA.COM
0800 014 5578

Material destinado aos enfermeiros(as).
Junho/2022. BR-18686.

AstraZeneca 