



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM A CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

THIAGO DANTAS NASCIMENTO DOS SANTOS

CEILÂNDIA

2014

THIAGO DANTAS NASCIMENTO DOS SANTOS

**PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM A CRIANÇA COM SÍNDROME DE
DOWN: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro da Universidade de Brasília na Faculdade de Ceilândia.
Orientação: Prof.Dr. Edgar Bione

CEILÂNDIA

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que cite a fonte.

Santos, Thiago Dantas Nascimento dos.

Perspectivas de abordagem a criança com Síndrome de Down: uma revisão integrativa da literatura / Thiago Dantas Nascimento dos Santos. Brasília: [s.n], 2014.

58f: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Incluem anexo e apêndices.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Bione

1. Criança. 2. Síndrome de Down. 3. Assistência de Enfermagem.

I. Santos , Thiago Dantas Nascimento dos. II. Perspectivas de abordagem a criança com Síndrome de Down: uma revisão integrativa da literatura

SANTOS, Thiago Dantas Nascimento dos

Perspectivas de abordagem a criança com Síndrome de Down: uma revisão integrativa da literatura

Monografia apresentada à Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: ___/___/_____

Comissão Julgadora

Profº Dr.º. Edgar Bione

Profª.Drª.Laiane Medeiros Ribeiro

Profª. Msc. Casandra G.R.M. Ponce de Leon

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me instruíram nos caminhos do Senhor, me protegeram e me educaram, nunca deixando faltar nada com todo o suporte até a chegada desse momento.

Ao meu irmão que tanto amo e que hoje se encontra distante em busca de realização, que os Estados Unidos seja o início de grandes passos que você irá trilhar, não para longe de mim, mas para mais perto do sucesso.

A minha irmã mais velha que tanto amo e que hoje se encontra distante em busca de seu sonho, que todas as experiências vividas em Alagoas contribuam para o seu amadurecimento e que sua volta possa vir acompanhada de sua graduação e satisfação profissional.

A minha irmã caçula por demonstrar todo o amor do mundo através da inocência de uma criança.

E a todos os meus familiares de Recife que gostariam de presenciar esse momento embaraçoso que é a apresentação de um TCC, que queriam estar presentes comigo na minha colação e no baile de formatura momento que também pode ser embaraçoso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado força e coragem para seguir em frente e continuar acreditando que todo o trabalho daria certo.

Aos meus pais por todo o apoio e auxílio

Aos meus irmãos por todo o apoio e pela confiança que tem em mim

Ao Prof. Dr^o Edgar Bione por ter aceitado me orientar e seguir ao meu lado nessa caminhada árdua, mas que sela a minha graduação.

A Prof. Dr^a Laiane Medeiros Ribeiros, pela disposição e dedicação em me auxiliar apesar de não ter qualquer vínculo com o trabalho, pelas noites acordada lendo e corrigindo, me auxiliando e me encorajando quando precisei.

Aos meus amigos Glauber, Bennatan, João Rafael e Alexandra que por tantos anos fazem a minha alegria dentro e fora da UnB, pelas risadas, pelos conselhos, pelas viagens, pelo presente que foi conhecer vocês e guarda-los comigo aonde quer que eu vá.

À Jéssica Louise que hoje faz parte da minha vida e que durante a construção do presente trabalho esteve ao meu lado me fazendo rir dos momentos engraçados e daqueles momentos não engraçados, mostrando a alegria presente nos momentos de dificuldades, estes que são imperceptíveis ao seu lado.

A todos da UnB - Faculdade de Ceilândia, que trabalharam tanto para que esse momento chegasse e principalmente a 3^a turma de Enfermagem que pela sua união se esforçou ao máximo para que todos pudéssemos chegar juntos a esse momento.

SANTOS, T. D. N. **Perspectivas de abordagem a criança com Síndrome de Down: uma revisão integrativa da literatura.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

RESUMO

A síndrome de Down (SD) é a alteração cromossômica mais frequente em recém-nascidos com uma expressão de 1/660 nascidos vivos, acontecendo a trissomia do cromossomo 21. Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre assistência de enfermagem à criança com Síndrome de Down no período de 2009 a 2013. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, o instrumento metodológico de coleta de dados foi desenvolvido por Sartoreto (2013), a coleta e análise dos dados seguiram os seis passos desenvolvidos por (MENDES et al, 2008). Foram coletados estudos publicados no período de 2009 a 2013, acerca do cuidado a crianças de 0 a 12 anos com Síndrome de Down, que trouxessem intervenções em saúde, publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, acessíveis de forma gratuita e que contivessem as palavras chave na pesquisa. Os estudos foram analisados e separados em temáticas que permitissem melhor agrupamento de ideias. Foram selecionados 15 artigos, sendo 10 encontrados na base de dados PubMed e 5 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo os anos de 2009 e 2010 os com maior representatividade de publicações acerca da temática, foram encontradas publicações em Português e Inglês, sendo a maioria das publicações na língua inglesa (9). Os artigos abordavam três temas que eram de fácil percepção: atenção direta a criança, atenção à família e trabalho dos profissionais de saúde. A atenção à família foi o tema que apresentou o maior número de publicações, devido a dependência de toda criança em relação aos pais ser algo esperado e uma maior dependência ainda de uma criança com SD, sendo assim a maioria das publicações se voltou a lidar com os pais e através deles possibilitar o cuidado.

Descritores: Criança, Síndrome de Down, Assistência de Enfermagem.

SANTOS, T. D. N. **Prospects approach the child with Down Syndrome: an integrative literature review.** 2014. Completion of course work (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

ABSTRACT

Down syndrome (DS) is the most frequent chromosomal alteration in newborns with an expression of 1/660 live births happening trisomy 21. To evaluate the evidence available in the literature on nursing care to children with Down Syndrome down in the period 2009-2013. This is an integrative literature review, methodological instrument for data collection was developed by Sartoreto (2013), the collection and analysis of data followed the six steps developed by (Mendes et al, 2008). Published studies were collected in the period 2009-2013, concerning care for children 0-12 years of age with Down syndrome, to bring health interventions, published in Portuguese, English and Spanish languages available free of charge and that contained the keywords in research. The studies were analyzed and separated into themes that allow better grouping of ideas. 15 articles were selected, the years 2009 and 2010 the most representative publications on the theme, 10 being found in the PubMed database and 5 in the database of the Virtual Health Library publications were found in Portuguese and English, with most publications in the English language (9). The articles addressed three themes that were easy perception: direct attention to child, family care and work of health professionals. The family care was the issue that had the highest number of publications, due to the dependence of a child from parents be something expected and even greater dependence of a child with DS, so the majority of publications turned the handle parents and through them possible care.

Keywords: Child, Down Syndrome, Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de alterações em crianças com SD	17
Figura 2: 6 passos da revisão integrativa	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de estudos por ano de publicação	40
Tabela 2 – Distribuição final dos estudos conforme a língua de publicação	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da formulação da questão norteadora pelo método PICRC adaptada de Vieira (2013).	22
Quadro 2 – Referências encontradas por descritores	25
Quadro 3 – Artigos selecionados para análise no PubMed	26
Quadro 4 – Artigos selecionados para análise na BVS	27
Quadro 5 – Estudos da PubMed e informações classificadas com o uso do instrumento de coleta de dados	29
Quadro 6 – Estudos da BVS e informações classificadas com o uso do instrumento de coleta de dados	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

DAS – Defeito do septo Atrial

DSAV - Defeito do septo atrioventricular

SD – Síndrome de Down

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	20
2.1 Geral	20
2.2 Específicos	20
3. METODOLOGIA	21
3.1 Primeira etapa	22
3.2 Segunda etapa	23
3.3 Terceira etapa	23
3.4 Quarta etapa	24
3.5 Quinta etapa	24
3.6 Sexta etapa	24
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSSÃO	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
8. ANEXOS	57

APRESENTAÇÃO

Ao me aproximar do momento que todo jovem vive, culminado a um turbilhão de dúvidas, sobre a tomada de decisão sobre qual carreira escolher para exercer, me lembrei da minha infância e da minha paixão pela biologia. Mas foi a enfermagem que se apresentou em minha vida como profissão e fez-me sentir resolvido, ingressei na Universidade de Brasília no segundo vestibular de 2009, porém só em 2011 comecei a perceber um interesse por trabalhar com crianças com necessidades especiais, ao cursar disciplinas de outros departamentos que abordavam a temática.

Ao me deparar com essa área do conhecimento percebi que o foco muitas vezes não é a cura, já que não é um foco palpável, mas a diminuição dos sintomas e maior independência das crianças com necessidades especiais. No entanto com frequência ocorre à atenuação da participação e do cuidado direto com a família na qual está inserida a criança. Com diferentes perspectivas obtidas em diferentes vivências durante a minha graduação e com o desenvolver deste trabalho pretendo analisar e discutir diferentes cuidados e abordagens que buscam melhorias para a criança e a família, através de uma revisão integrativa, tentando sintetizar uma prática adequada com maiores benefícios para os envolvidos no cuidado, criança, família e os que lidam com o crescimento e desenvolvimento da criança, de forma que possa contribuir para uma prática clínica satisfatória.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8069/90, criança, no Brasil, é todo aquele indivíduo que se encontra na faixa etária de 0 a 12 anos. O número de crianças residentes no Brasil em 2012 era de aproximadamente 40 milhões, cerca de 20% da população total, sendo os Estados de São Paulo e Minas Gerais os que apresentam os maiores índices de crianças por estado, sendo mais de 7 milhões e 3 milhões. O Distrito Federal está entre os Estados de menor número de crianças, com o registro de 538.232 crianças (DATASUS, 2013).

O Brasil teve um total de cerca de 11 milhões de internações por diversas morbidades em todo o território nacional, no ano de 2012 (DATASUS, 2013). Com aproximadamente 17% das internações as crianças têm papel relevante nas ações de saúde por ser um grupo que gera bastante demanda para os serviços de saúde.

As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas são o universo no qual está inserida a Síndrome de Down (SD). Em 2012 o número aproximado de crianças com malformações, deformidades e anomalias era de 52.000, de um total de 77.625 indivíduos com as descritas características (DATASUS, 2013). Mais de 50% dos indivíduos com anomalias, deformidades e malformações são crianças, o que sugere que um planejamento e uma atenção especial sejam destinados a este público por sua grande representação. No DF, em 2012, foram registradas cerca de 1000 crianças com malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (DATASUS, 2013).

Existem diferentes definições para os termos anomalia e malformação congênita, as anomalias congênitas podem ser definidas como: *“uma condição determinada por fatores causais que atuam antes do nascimento, cuja expressão clínica inclui defeitos em um ou mais órgãos, que podem ser estruturais ou funcionais”* (GUILLER 2006, pág. 19), já as malformações congênitas podem ser definidas, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, como todo defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento devido à causa genética, ambiental ou mista (OPAS, 1984). Porém se assemelham ao tratar das anomalias funcionais ou estruturais, advindas de alteração genética, que já são perceptíveis ao nascimento ou que virão a se tornar clinicamente perceptíveis e que trazem

prejuízos no crescimento e desenvolvimento da criança, necessitando de um suporte familiar, gerando a família uma adaptação a essa nova vivência.

O impacto das anomalias congênitas na saúde do indivíduo e de todos aqueles que o cercam é complexo, pela cronicidade e pela possibilidade de atingir diversos órgãos e sistemas, ou até mesmo o óbito. Podendo desenvolver, ainda, problemas médicos, psicológicos e econômicos, sendo indispensável que todo programa de saúde aborde estratégias de prevenção de anomalias congênitas. Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento de anomalias congênitas, dentre eles as mães que durante a gestação desenvolvem rubéola e sífilis congênita, doenças que além de anomalias podem gerar abortos (GUILLER, 2006).

Medidas de controle para essas doenças são feitas durante o pré-natal, pelo qual deve passar toda gestante, uma vez que pode ser identificado alguma anomalia e ser encaminhado para o pré-natal de alto risco. As gestantes classificadas como de alto risco são aquelas que apesar do processo fisiológico da gravidez podem apresentar problemas e agravos durante a gestação com maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para si mesma (BRASIL, 2010).

As necessidades das gestantes com uma gravidez sem intercorrências são resolvidas em sua maioria na atenção básica, porém, as de alto risco precisarão de um acompanhamento, este que deve recorrer aos níveis secundário e terciário, com profissionais e tecnologia adequada (BRASIL, 2010).

Um pré-natal realizado com qualidade, regularidade e comprometimento minimiza impactos na saúde materna e fetal, desenvolvendo toda uma rede de suporte e instrução para que os pais estejam prontos para o nascimento da criança com anomalia. Mas os cuidados não finalizam no momento do parto, diversas iniciativas e atitudes ajudam a desenvolver a qualidade de vida da criança com anomalia congênita durante seu crescimento e desenvolvimento.

Existem leis nos países que dão suporte para esta população, como a Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 que dispõe sobre o apoio às pessoas com necessidades especiais e sua integração social. Tal Lei em seu artigo 2º discorre sobre temas como a promoção de ações preventivas, como as referentes ao

planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, dentre outras. Não se limitando apenas a suporte de saúde em si, mas na garantia de acessibilidade na rede pública e privada às pessoas com necessidades especiais.

Para o presente estudo, abordaremos a Síndrome de Down como foco, devido ao vasto conhecimento produzido relacionado à esta alteração. A síndrome de Down é a alteração cromossômica mais frequente em recém-nascidos com uma expressão de 1/660 nascidos vivos, acontecendo a trissomia do cromossomo 21 em 95% dos casos devido a não-disjunção na meiose materna I, o que resulta em três cópias do cromossomo 21 em cada célula (NISLI, 2009). No Brasil se apresenta na proporção de um a cada 600 e 800 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social (BRASIL, 2012).

Quanto à distribuição no Brasil dos casos de síndrome de Down, em dados colhidos pela USP, mais especificamente por atendimentos realizados pelo Departamento de Genética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, percebeu-se que em um período de 10 anos foram atendidos em média 300 novos casos por ano e em mais de 60% dos novos casos foi apresentada alteração mental de graus variáveis. Dentre esses, 30% eram portadores de síndrome de Down e quase que o total dos casos de síndrome de Down se apresentava de São Paulo sendo 92% dos casos pertencentes a este estado, 6,7% pertencentes a Minas Gerais, 0,8% pertencentes ao Goiás, 0,4% ao estado de Mato Grosso e 0,1% pertencentes de outros estados (CARSWELL, 1993).

Apesar do grande número de doenças associadas à síndrome de Down se destacam as doenças do sistema cardiovascular, o que se percebe na Figura 1, após a análise de 165 crianças com Síndrome de Down. A incidência de cardiopatias congênitas em crianças com síndrome de Down é bastante flexível variando em estudos, que relatam porcentagens de 20% a 60%. A forma completa do defeito do septo atrioventricular (DSAV) é uma das cardiopatias mais comuns associada à criança com síndrome de Down, porém a predisposição a doenças cardíacas pode variar conforme a distribuição geográfica dos casos de síndrome de Down. Estudos realizados nos Estados Unidos da América e no continente europeu

apresentaram que a forma completa do DSAV apresentava-se como a de maior manifestação chegando até a 60% dos casos. Na Ásia defeitos do septo ventricular foram mostrados como os de maior frequência, sendo percebidos em aproximadamente 40% dos casos. E na América Latina o defeito septo atrial (DAS) foi a alteração mais comum tendo 40% dos casos (NISLI, 2009).

Tabela 1 - Malformações Congênicas

Malformações Congênicas	N*	%
Cardiopatia Congênita	62	37,5
CIV	27	16,4
Canal AV	14	8,5
CIA	9	5,4
PCA	4	2,4
CIA / Canal AV	2	1,2
CIA / CIV	2	1,2
CIA / PCA	1	0,6
CIV / PCA / Válvula aórtica displásica	1	0,6
Cleft mitral com prolapso	1	0,6
Fallot	1	0,6
Anomalias Oculares	16	9,7
Estrabismo	10	6,0
Nistagmo	6	3,7
Aparelho Urinário	5	4,3
Hidronefrose	4	3,4
Agenesia renal unilateral	1	0,9
Defeitos de Membros	7	4,2
Sindactilia	3	1,8
Pé torto	3	1,8
Encurtamento do tendão de Aquiles	1	0,6
Aparelho Digestivo	4	2,4
Pâncreas anular	1	0,6
Atresia duodenal	1	0,6
Megacólon congênito	1	0,6
Atresia anal	1	0,6
Anomalias genitais	3	1,8
Criptorquidia	3	1,8
Defeitos de Parede Abdominal	3	1,8
Hérnia umbilical	2	1,2
Onfalocele	1	0,6

* N = Número de pacientes afetados entre os 165 casos de SD.

Fonte: Síndrome de Down - análise clínica, citogenética e epidemiológica de 165 casos (BOY et al, 1995).

A síndrome de Down então, além de uma anomalia cromossômica também se enquadra como uma condição crônica de saúde por ser persistente e necessitar de certo nível de cuidados permanentes, sendo necessárias mudanças no estilo de vida e do gerenciamento de saúde (NUNES, 2011).

A criança com síndrome de Down necessita de um plano de cuidados específico a ser desenvolvido, buscando um crescimento saudável e uma adaptação à sociedade. Plano esse que envolve não só a família e a criança, mas também os profissionais de saúde e as redes de atenção à saúde dando suporte as famílias e preparo para o cuidado. Pensando neste seguimento populacional, o ministério da saúde elaborou diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down com o objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde, durante o seu ciclo vital, englobando diversos pontos da rede (BRASIL, 2012).

A primeira descrição do quadro clínico de síndrome foi feita pelo médico pediatra John Langdon Down, em 1866, enquanto trabalhava no Hospital John Hopkins em Londres. Classificou os pacientes através de seus fenótipos em um estudo descritivo, descrevendo como “idiotia mongólica” os que apresentavam fissura palpebral oblíqua, nariz plano, baixa estatura e déficit intelectual. Jérôme Jean Louis Marie Lejeune, em 1959, junto com seus colaboradores apresentou a presença do cromossomo 21 extra em pessoas com síndrome de Down (BRASIL, 2012).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a síndrome de Down recebe a classificação Q – 90. Encontra-se no capítulo Q00 – Q99 que aborda as malformações, deformidades e anomalias cromossômicas. Insere-se no capítulo por se encontrar no grupo Q90 – Q99 das anomalias cromossômicas e por fim, na categoria Q90 da síndrome de Down. A categoria Q90 divide-se em diferentes subgrupos: Q90.0 – Síndrome de Down, trissomia do 21, por não disjunção meiótica; Q90.1 – Síndrome de Down, trissomia do 21, mosaicismo por não disjunção mitótica; Q90.2 – Síndrome de Down, trissomia 21, translocação; Q90.9 – Síndrome de Down, não específica (BRASIL, 2012).

Os pacientes com síndrome de Down apresentam mortalidade maior nos primeiros anos de vida quando comparados com a população em geral, devido à

frequência aumentada de malformações congênitas internas e um amplo espectro de complicações clínicas (BOY et al, 1995). Em contrapartida a expectativa de vida das pessoas com síndrome de Down cresceu em dados consideráveis a partir da segunda metade do século XX, mediante os progressos na saúde principalmente na área de cirurgia cardíaca (BRASIL, 2012). Esse crescimento se dá pelas intervenções constantes realizadas junto a esta população e também pelo crescente número de publicações científicas na área, que possibilitam a realização desta revisão.

Diante do exposto, consideramos relevante a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre a evidência científica para as intervenções em saúde em crianças com SD e seus familiares.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Apresentar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre assistência de enfermagem à criança com Síndrome de Down no período de 2009 a 2013.

2.2 Objetivo Específico:

- Caracterizar os estudos nacionais e internacionais relacionados ao aconselhamento genético e assistência de enfermagem.

3. METODOLOGIA

A Prática Baseada em Evidências pode ser definida como um processo de busca, avaliação e aplicação de evidências para a prática e gerenciamento do cuidado em saúde (BEZERRA, 2007). A Prática Baseada em Evidências é um modo de abordagem que visa solucionar o problema com uma tomada de decisão que una a busca da mais recente evidência, competência do profissional e valores do paciente (MENDES et al, 2008).

Nos dias de hoje a educação profissional e a prática clínica requerem cada vez mais evidências científicas para a tomada de decisão do enfermeiro, o que enfatiza a necessidade da junção do embasamento teórico, através de pesquisas ou outras evidências, a uma forma mais adequada de intervenção (BEZERRA, 2007).

O uso de evidências científicas requer, do profissional, a associação de resultados obtidos de pesquisas à prática clínica para resolução da problemática. O uso das evidências faz parte dos pilares da Prática Baseada em Evidências, então como parte para uma bem sucedida implementação na prática clínica, o enfermeiro necessita saber como obter, interpretar e interagir com os dados para a formulação do cuidado adequada para com o paciente e família (MENDES et al, 2008).

Como ferramenta para coleta de evidências e análise da assistência de enfermagem a crianças com síndrome de Down foi selecionada a revisão integrativa da literatura, pois proporciona a síntese de conhecimento produzido sobre o tema, permite a visualização de lacunas nas evidências das práticas profissionais e permite a contextualização do tema. A revisão integrativa a ser desenvolvida será então definida como uma revisão de pesquisas já realizadas e publicadas que serão resumidas pela extração geral de conclusões dos estudos (BEZERRA, 2007).

Serão adotadas para o desenvolvimento do trabalho as seis etapas distintas da revisão integrativa, que são descritas de forma sucinta como passos para facilitar o desenvolvimento do trabalho, como mostra a figura 1. 1º Passo: Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; 2º Passo: Amostragem ou busca na literatura; 3º Passo: Categorização dos estudos; 4º Passo: Avaliação dos

estudos incluídos na revisão; 5º Passo: Interpretação dos resultados; 6º Passo: Síntese de conhecimento ou apresentação da revisão (MENDES et al, 2008).

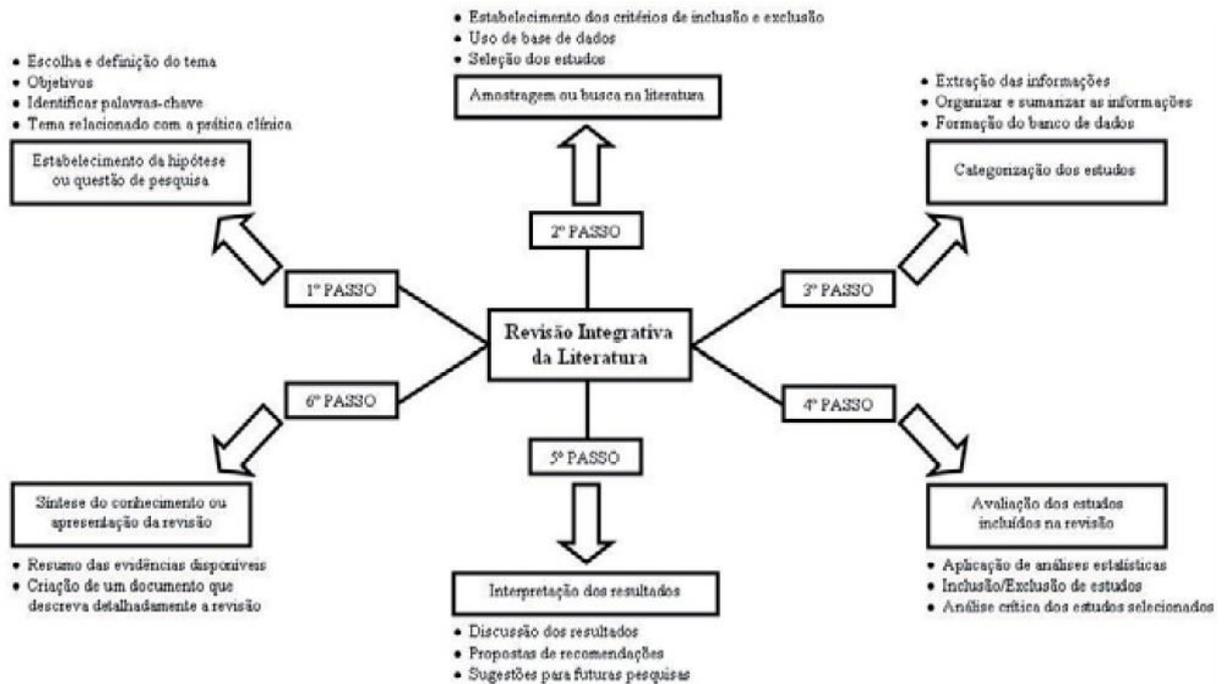


Figura 2: Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem (MENDES et al, 2008).

3.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

A questão norteadora que embasará a presente revisão é “Quais as intervenções em saúde para a criança com síndrome de Down e seus familiares?”. A formulação para a pergunta norteadora segue o protocolo PICRC (População, Intervenção, Comparação, Resultado e Cronologia) adotada por Fleming (2010), conforme esquematizado abaixo.

Quadro 1 – Descrição da formulação da questão norteadora pelo método PICRC adaptada de Vieira (2013).

População	Intervenção	Comparação	Resultado	Cronologia
Crianças com síndrome de down e	Intervenções em saúde	O uso de nenhuma intervenção e	Suporte a criança e a família	2009-2013

familiares		as intervenções em saúde		
------------	--	--------------------------	--	--

3.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.

A coleta de dados incluiu artigos publicados no período de 2009 a 2013 e foi realizada no período de setembro de 2013 a Abril de 2014. Foi utilizado como fonte de informação as bases de dados: BVS (MEDLINE, LILACS, BDNF, IBICS, Scielo) e PUBMED. Sendo as informações localizadas através dos descritores em português: “Criança”, “Síndrome de Down”, “Enfermagem”, em língua inglesa: “Child”, “Down Syndrome”, “Nursing” e espanhol: “Niño”, “Síndrome de Down” e “Enfermería”. Em alguns momentos esses descritores foram combinados para melhor refinação da pesquisa.

Foram incluídos na seleção de estudos os artigos publicados de 2009 a 2013. Os estudos que abordassem crianças na faixa etária de 0 a 12 anos e que continham as palavras chave na busca. Também foram selecionados artigos que abordam intervenções de saúde relacionadas ao cuidado à criança com SD, artigos escritos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, e artigos disponíveis de forma gratuita.

3.3 Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Nesta fase da revisão as características que podem influenciar os achados devem ser examinadas para que o objetivo final da revisão seja completamente alcançado (BEZERRA, 2007). Esta etapa também se baseia na definição das informações que serão retiradas dos artigos, através de uma ferramenta que reúna e sintetize as informações principais, levando em consideração os níveis de evidência dos artigos (MENDES et al, 2008). A ferramenta utilizada para reunir e sintetizar as informações principais dos artigos é um instrumento de coleta de dados desenvolvido por Sartoreto (2013), que segue em anexo e foi autorizado pela autora, permitindo o destringer e categorização das informações para análise futura.

3.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise de dados de uma pesquisa convencional. A análise dos dados foi feita de forma a abordar os diversos temas que surgem ao se relacionar a assistência de enfermagem e a síndrome de Down, buscando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes entre os diversos estudos (MENDES et al, 2008).

3.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados

Esta fase consistiu na comparação dos dados encontrados na revisão integrativa com o conhecimento teórico. Foram feitas sugestões para a prática de enfermagem visando à formulação de uma prática adequada de cuidado (POMPEO et al, 2009).

3.6 Sexta etapa: apresentação da revisão/ síntese de conhecimento

Nesta fase, o conhecimento novo é apresentado, permitindo a avaliação crítica dos resultados (BEZERRA, 2007).

4. RESULTADOS

É imenso o número de estudos publicados acerca do tema: Síndrome de Down, sendo necessária a refinação da pesquisa por diversos recursos que possibilitassem uma análise mais sólida de informações obtidas em um espaço definido de tempo, que mostrassem como a atenção a criança com essa síndrome se manifestou de 2009 a 2013. Percebeu-se pouca diferença na quantidade de fontes disponíveis, como exhibe o quadro 2, ao se analisar a Pubmed e a BVS, base de dados nacional. A base de dados Pubmed apresentou na maior refinação 184 artigos relacionados ao tema, já a BVS apresentou 160 artigos.

Base de dados pesquisadas e descritores				
	Down Syndrome	Down and Child	Syndrome and Child and Nursing	
Pubmed	28.975	8.580		184
BVS	25.403	7.314		160

Quadro 2: referências encontradas por descritores

Das 184 referências disponíveis no Pubmed 146 foram excluídas da análise por não se encontrarem no período de 2009 a 2013. Das 38 referências restantes 2 foram excluídas por se tratarem de revisões integrativas e 1 por se tratar de revisão sistemática. Das 35 restantes, 18 foram excluídas por não tratarem dos cuidados a crianças com Síndrome de Down e 7 excluídas por não estarem disponíveis de forma gratuita. Portanto foram analisadas as 10 referências disponíveis no Pubmed.

Das 160 referências obtidas através do banco de dados da BVS 129 foram excluídas por não se encontrarem no período de tempo definido. Das 31 referências restantes, 8 não foram selecionadas por não estarem ligadas ao cuidado à criança com Síndrome de Down e 2 por não estarem disponíveis de forma gratuita. Como a primeira busca foi realizada na PubMed, 7 artigos encontrados na BVS eram repetidos, sendo então excluídos. Foram também excluídas as referências repetidas na própria BVS, sendo assim, para análise do presente estudo foram incluídos 5 estudos da BVS. No total, 15 estudos constituíram a amostra analisada nesta pesquisa.

No quadro abaixo apresentamos a lista de autores, respectivos artigos, revista de publicação e área de atuação para discussão das informações encontrados no PubMed.

Autor	Título	Revista	Área
HSIAO, C. Y.	Family demands, social support and family functioning in Taiwanese families rearing children with Down syndrome.	Journal of Intellectual Disability Research	Enfermagem
GEOK, C. K.; et al.	Quality of life among Malaysian mothers with a child with Down syndrome.	International Journal of Nursing Practice	Enfermagem
GRAFF, C.; et al.	Perspectives of adolescent siblings of children with Down syndrome who have multiple health problems.	Journal of Family Nursing	Enfermagem
HALL, H. R.; et al.	Parental stress in families of children with a genetic disorder/disability and the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation.	Issues in Comprehensive Pediatric Nursing	Enfermagem
TONGE, A.	Perioperative care of the pediatric patient with down syndrome.	AORN Journal	Enfermagem
NUNES, M. D.; et al.	Going through cloudy periods: the experience of families of children with Down Syndrome.	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem

DAVIES, R. B.	Pain in children with Down syndrome: assessment and intervention by parents.	Pain Management and Nursing	Enfermagem
OLIVEIRA, A. C.; et al.	Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down syndrome.	Angle Orthodontist	Odontologia
LUJANO, F. J.; et al.	Breastfeeding and early infection in the aetiology of childhood leukaemia in Down syndrome.	British Journal of Cancer	Epidemiologia
GIARETTA, A.; GHIORZI, A. R.	Eating act and people with Down Syndrome	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem

Quadro 3: Artigos selecionados para análise no PubMed.

No quadro 4, apresentamos os artigos selecionados na BVS

Autor	Título	Revista	Área
NUNES, M. D. R.; DUPAS, G.	Independência da criança com síndrome de Down: a experiência da família	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Enfermagem
MCGRATH, R. J.; et al.	Access to Genetic Counseling for Children With Autism, Down Syndrome, and Intellectual Disabilities	Official Journal of the American Academy of Pediatrics	Genética

OYAMA, S. M. R.; et al.	Atuação do enfermeiro com crianças e famílias de portadores da síndrome de down.	Cuidarte Enfermagem	Enfermagem
PÔRTO, C. M. V.; IBIAPINA, S. R.	Ambiente aquático como cenário terapêutico ocupacional para o desenvolvimento do esquema corporal em síndrome de Down.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Terapia Ocupacional
WIECZORKIEWICZ, A. M.; SOUZA, K. V.	O processo de amamentação de mulheres mães de crianças portadoras de síndrome de Down.	Cogitare Enfermagem	Enfermagem

Quadro 4: Artigos selecionados para análise na BVS.

Para análise das publicações e para reunir e sintetizar as informações principais foi utilizado o instrumento de coleta de dados desenvolvido por Sartoreto (2013), com autorização da autora. O instrumento permite analisar diversos aspectos da publicação desde informações do autor, até mesmo da revista que o publicou, separando as revistas por conteúdo e tema de publicação. Assim como, qualificar o tipo de estudo e classificar segundo o nível de evidência. O quadro 5 apresenta os estudos coletados através da base de dados da PubMed e suas informações classificadas com o uso do instrumento de coleta de dados.

Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Nível de evidência	Resultados	Limitações
1. HSIAO C. Y.	Examinar como as demandas familiares e apoio social, se relacionam com o funcionamento da família com criança com SD.	Qualitativo Descritivo Transversal	4	Maior escolaridade dos pais, renda familiar mais alta, menos exigências familiares e maior apoio social contribui para o funcionamento saudável da família.	A auto seleção pode ter criado um viés, superestimando o grau de funcionamento da família na pesquisa, devido a pais sobrecarregados que optaram não participar do estudo.
2. GEOK C. K.; et al.	Analisar a qualidade de vida entre as mães com uma criança com síndrome de	Quantitativo Descritivo Transversal	4	As prioridades de prestação de cuidados são influenciadas por profissionais de saúde em	Autor não apresenta limitações acerca do estudo.

Down		sua prática.			
3. GRAFF C.; et al.	Verificar as experiências de um adolescente irmão de uma criança com SD que tem problemas adicionais de saúde e aumento das demandas de cuidado.	Qualitativo Descritivo	4	Aspectos positivos e negativos, mas os participantes enfatizaram os positivos. E focaram na ideia de que as crianças com SD necessitam de um cuidado adicional, ao invés de terem problemas de saúde.	A estrutura, tamanho e etnia dessas famílias pode ser diferente de outras famílias criando filhos com SD.
4. HALL, H. R.; et al.	Investigar através de entrevistas o	Qualitativo Quantitativo	4	Avaliações positivas, recursos e	Autor não apresentou limitações.

	estresse em famílias de crianças com SD através de um método misto quantitativo e qualitativo.			capacidade de se envolver na resolução de problemas foram associados com a resiliência da família.	
5. TONGE, A.	Abordar as implicações perioperatórias para pacientes pediátricos com SD.	Relato de especialista	6	A enfermagem pode funcionar como facilitadora para assegurar que uma abordagem multidisciplinar seja utilizada em antecipação de complicações peri-operatórios e no desenvolvimento	Autor não apresentou limitações

				de um amplo plano de cuidados.	
6. NUNES M. D.; et al.	Compreender como é para a família ter uma criança com Síndrome de Down entre seus membros.	Qualitativo Descritivo	4	A experiência das famílias com crianças com SD aponta necessidades de cuidado e momentos ímpares de atuação da equipe de saúde.	Lacunas do conhecimento nessa área no âmbito da enfermagem brasileira.
7. DAVIES R. B.	Descrever como os pais avaliam a dor em seu filho com SD; examinar a relação entre avaliação da dor	Qualitativo Descritivo	4	As ações para aliviar a dor nos filhos, segundo os pais, eram mais ações psicológicas do que fisiológicas.	Transmissibilidade, devido aos pacientes refletirem seu lado pessoal, situação social e cuidados de saúde em sua avaliação da dor e de intervenções práticas.

	e decisões por parte dos pais para intervir aliviando a dor na criança.			Porém os pais não perceberam diferenças nas ações tomadas com a criança com SD e irmãos.	
8. OLIVEIRA A. C.; et al.	Influência do aleitamento materno, da mamadeira e da sucção não nutritiva sobre a prevalência da mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior em crianças com SD	Quantitativo Descritivo Transversal	4	A prevalência de mordida aberta e mordida cruzada em crianças com SD foi associada com o uso de mamadeira e sucção de chupeta por mais de 24 meses, à amamentação	Os dados sobre hábitos orais nutritivos e não nutritivos foram obtidos a partir de relatórios das mães e não coletados diretamente, o que faz com que tais dados estejam sujeitos a viés.

				por menos de 6 meses, e sucção digital.	
9. LUJANO, J. F.; et al	Avaliar se o aleitamento materno e a infecção precoce estão associados com o risco de desenvolvimento de Leucemia Aguda em crianças com SD.	Quantitativo Caso- controle	3	A amamentação foi um fator protetor para o desenvolvimento de Leucemia aguda e Leucemia Linfoblástica aguda.	Autor não apresentou limitações
10. GIARETTA, A.; GHIORZI, A. R.	Relatar experiência vivida durante a disciplina de Projetos Assistenciais de	Quantitativo Relato de experiência	6	O primeiro significado do ato de comer é construído pela sua família e reforçado pelo	Autor não apresentou limitações.

Enfermagem e de Saúde do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina	seu convívio social.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

Quadro 5: estudos da PubMed e informações classificadas com o uso do instrumento de coleta de dados.

Quadro 6 traz a distribuição dos artigos coletados através da base de dados da BVS, segundo análise conforme o instrumento de Sartoreto (2013).

Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Nível de evidência	Resultados	Limitações
1. MC GRATH, R. J.; et al.	Examinar a necessidade de serviços de aconselhamento genético para famílias com crianças com transtorno do espectro do autismo, Síndrome de Down e/ou retardo mental.	Descritivo Qualitativo	4	Famílias de crianças com transtorno do espectro do autismo, SD e/ou retardo mental, percebem significativamente maior necessidade de aconselhamento genético do que outras crianças com necessidades especiais de cuidado.	Dados auto-relatados pelos pais, o número de crianças com a condição não foi clinicamente determinado.

2. NUNES, M. D. R.; DUPAS, G.	Desenvolver um modelo teórico sobre a experiência de famílias de crianças com SD, em idade pré-escolar e escolar.	Qualitativo	4	O modelo teórico mostrou-se como instrumento que possibilita ao enfermeiro compreender a vivência da família da criança com SD, podendo ser tomado como facilitador para a interação a ser estabelecida entre profissional e família.	A faixa etária das crianças e a composição da família, que podem limitar os resultados apreendidos nesse modelo teórico.
3. OYAMA, S. M. R.; et al.	Verificar o perfil das mães de crianças com SD e avaliar informações	Quantitativo Descritivo Transversal	4	Necessidade de que os profissionais enfermeiros despertem para a	Autor não apresentou limitações.

	<p>fornecidas pela equipe de saúde por ocasião da comunicação da patologia.</p> <p>Identificar a atuação de enfermeiros de uma maternidade junto a mães com filhos com diagnóstico de SD.</p>			<p>necessidade da consolidação dos conhecimentos técnicos e científicos, para possibilitar uma assistência efetiva e de qualidade as crianças com SD.</p>	
4. PÔRTO, C. M. V.; IBIAPINA, S. R.	<p>Analisar o efeito do ambiente aquático enquanto cenário terapêutico ocupacional no</p>	<p>Qualitativo Descritivo</p>	4	<p>Há eficácia das atividades terapêuticas ocupacionais realizadas no ambiente aquático para o</p>	<p>Autor não apresentou limitações</p>

	desenvolvimento do esquema corporal de uma criança com SD			desenvolvimento do esquema corporal da criança em estudo.	
5. WIECZORKIEWICZ, A. M.; SOUZA, K. V.	Descrever as facilidades encontradas no processo de amamentação de mulheres que deram a luz e cuidaram/cuidam de filhos com SD.	Qualitativa Exploratória Descritiva	4	O processo de amamentação das mulheres apontou para a necessidade de atenção especial por parte dos serviços e profissionais de saúde, particularmente da enfermagem.	Autor não apresentou limitações

Quadro 6: estudos da BVS e informações classificadas com o uso do instrumento de coleta de dados.

Referente aos anos das publicações, percebemos que alguns anos apresentaram maior concentração de publicações acerca do tema. Percebe-se também que os maiores números de publicações anuais acerca do tema se encontram no início do período pré-definido para coleta de estudos. Com o passar dos anos o número de publicações acerca da temática diminuiu, mas não houve ano com ausência de publicações. Em 2009 foram publicados 4 estudos (26,66%) sobre o cuidado à criança com Síndrome de Down, em 2010 4 estudos (26,66%), 2011 também 3 estudos (20%), 2012 (13,33%) e 2013 (13,33%), ambos cada um com 2 estudos publicados. A tabela 2 exibe a distribuição de estudos por ano de publicação.

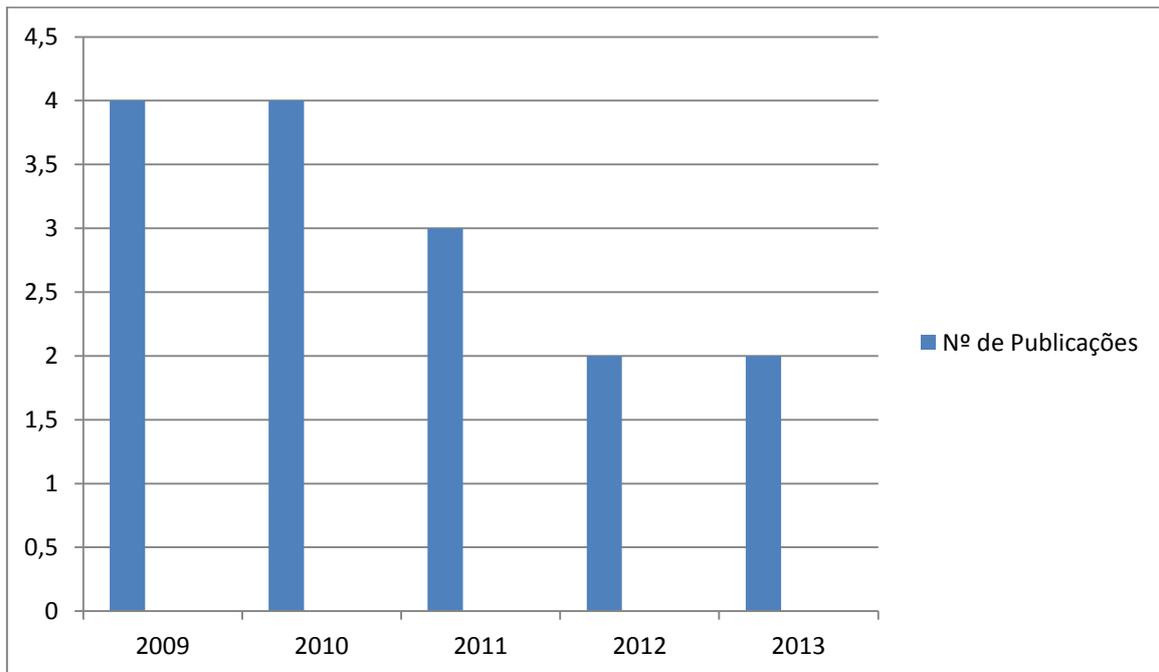


Tabela 2: distribuição de estudos por ano de publicação.

Durante a coleta de dados foram encontrados artigos em diversas línguas, porém ao se realizar a primeira filtragem, que foi por ano, permaneceram na seleção apenas artigos em Inglês, Espanhol e Português. Nenhuma referência chegou a ser excluída por não ser publicada em uma das três línguas previamente definidas como critério de inclusão. Mas devido a outros critérios de exclusão a única referência encontra em Espanhol teve que ser excluída por se tratar de uma revisão integrativa da literatura acerca do tema de Síndrome de Down. A tabela 3 traz a distribuição final dos estudos conforme a língua de publicação.

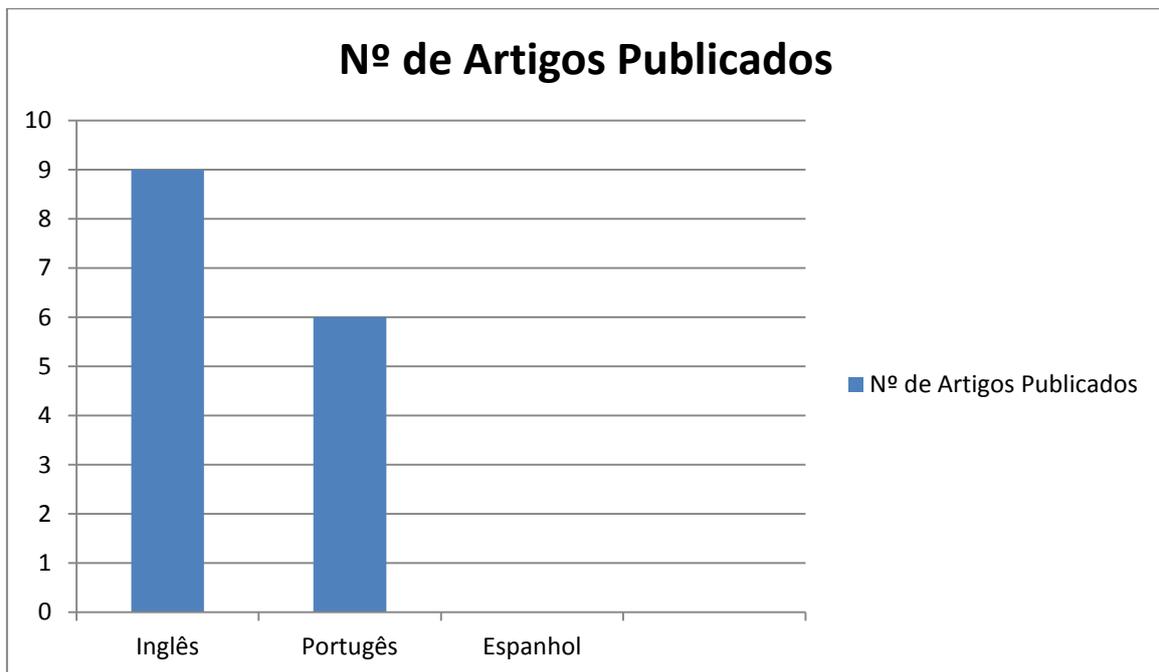


Tabela 3: distribuição final dos estudos conforme a língua de publicação.

5. DISCUSSÃO

O art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei 8069/90) define que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar diversas facilidades para o desenvolvimento da criança e dentre essas o acesso à saúde.

Sendo assim para o presente estudo consideramos artigos que tratassem de uma abordagem direta a criança, trazendo formas de alcança-la buscando a melhor qualidade do desenvolvimento da criança com necessidades especiais. Mas ainda embasado no art. 4º foram, também, consideradas como formas de abordagem a criança aquelas referências que trabalham com os pais para o desenvolvimento de ferramentas que possibilitem o maior cuidado, por ser dever da família promover a saúde da sua criança, estudos que lidam com os pais e irmãos de crianças com Síndrome de Down também trazem intervenções em saúde que visam a resiliência do lar. Sendo assim, artigos que trouxessem intervenções ou experiências de famílias visando o cuidado à criança foram incluídos nas análises, diferentemente de artigos que traziam apenas informações quanto a pais e familiares das crianças e que se limitaram em analisar apenas informações de familiares que convivem com a síndrome.

Ainda segundo a lei também é dever do poder público assegurar a saúde. O poder público se exerce através das instituições públicas de cuidado a saúde e profissionais de saúde, sendo assim, também foram analisadas referências que trouxessem o trabalho dos profissionais de saúde, seja tratando da capacitação desses profissionais ao lidar com crianças com Síndrome de Down, ou discutindo cuidados específicos, mas que trouxessem sempre a atenção à saúde da criança com SD.

Foram excluídos diversos artigos que não tratassem do cuidado a criança com síndrome de Down, mas dentre estes vale destacar os que tratavam do pré-natal, que é o primeiro contato do profissional com uma família que têm uma criança com síndrome de Down, o diagnóstico permite o início do contato com a família, sendo o primeiro momento em que há troca de informações acerca do tema e o preparo da família para receber esta criança. Pré-natal é o primeiro contato em busca do desenvolvimento do cuidado a criança com síndrome de Down. Cuidado

esse que perdura durante todo o crescimento com acompanhamento de profissionais.

Após análise das referências os achados foram agrupados em três temáticas: Atenção direta a criança, atenção à família e trabalho dos profissionais de saúde. Esses três temas são capazes de sintetizar todas as informações presentes nos artigos, possibilitando de forma mais sucinta a compreensão das perspectivas atuais de abordagem a criança com Síndrome de Down.

5.1 Atenção direta a criança

Apesar de não apresentar o maior número de publicações no período de tempo definido é a forma de intervir diretamente com a criança com SD. É o momento em que o profissional está diretamente ligado a criança, conhecendo seu caso, exercendo o cuidado e a escuta qualificada. Foi alvo da análise de quatro estudos, em que foram abordados diversos temas quanto as necessidades de cuidados e atenção da equipe multiprofissional (FLORES-LUJANO; PEREZ-SALDIVAR, et al, 2009; OLIVEIRA; PORDEUS, et al., 2010; GIARETTA; GHIORZI, 2009; PÔRTO; IBIAPINA, 2010).

Giaretta e Ghiorzi (2009) em seu estudo trazem um relato de experiência ao lidar com crianças com SD. Foram analisadas nove crianças através do uso de instrumentos interacionistas de busca de significados da realidade representada por eles com relação ao ato de comer. Foi percebido um aumento na prevalência de obesidade na primeira infância, devido à independência alimentar percebida nestas crianças, que durante o estudo exibiam suas prioridades e escolhas alimentares junto a família. Cada uma dá uma visão diferente sobre o ato de comer, mas este ato reflete a eles o poder da escolha, o poder de exibir seus desejos e tomar decisões. As crianças manifestaram o desejo de se manterem bonitas com um corpo esbelto, mas também manifestaram um grande interesse em comidas ricas em açúcares, ricos em gordura e calóricos. O que segundo os autores é prejudicial já que as demandas calóricas de uma criança com SD são semelhantes a de uma criança sem a síndrome o que indica a necessidade de um acompanhamento profissional na formulação da dieta e auxílio dessas crianças.

O estudo conclui que a família é fundamental na educação nutricional, porque passa dela para o filho o seu primeiro significado para ato de comer. Crianças ansiosas durante a pesquisa aliviavam a sua ansiedade comendo comidas calóricas e a associavam o ato de comer com o alívio da ansiedade, ansiedade essa construída no ambiente familiar.

As crianças possuem uma afinidade natural com o meio líquido segundo Pôrto e Ibiapina (2010), o que objetivou o estudo a analisar o efeito do ambiente aquático como cenário terapêutico no desenvolvimento corporal de crianças com SD. O estudo foi uma intervenção com uma criança de dez anos, segundo os autores nessa idade uma criança sem alterações já apresenta seu esquema corporal definido. Foi realizada anamnese e intervenções semanais no cuidado à criança e desenvolvimento de atividades. A criança no início não conseguia demonstrar desapego à mãe, mas durante as atividades foi se desapegando e interagindo com o ambiente em que estava inserida, passou a experimentar as sensações da água e a confiar em quem estava ao seu lado, devido a atividades que a levavam a imitar movimentos feitos na água por outra pessoa. O trabalho desenvolvido permite a socialização da criança ao permitir o seu contato com o outro e formulação de sua personalidade.

Oliveira et al (2010) em seu estudo transversal realizado com 112 crianças/adolescentes com SD, analisaram a influência do aleitamento materno, a mamadeira e a sucção não-nutritiva sobre a prevalência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. O estudo foi realizado através de uma entrevista oral com as crianças e questionário estruturado para as mães. O estudo evidenciou uma má oclusão dos indivíduos com SD em comparação a crianças e adolescentes sem alterações, isso está relacionado às ocorrências mais frequentes de deformidades craniofaciais, crescimento e desenvolvimento anormal e distúrbios musculares orofaciais. Mas como fatores que contribuem para a má oclusão, também estão presentes o uso de mamadeira e sucção de chupeta por mais de 24 meses, à amamentação por menos de seis meses e sucção digital.

Flores-Lujano et al (2009) em seu estudo caso-controle avaliaram se o aleitamento materno e a infecção precoce estão associados com o risco de desenvolvimento de Leucemia Aguda em crianças com SD. Foi realizado um

questionário que pudesse coletar as seguintes informações do paciente: amamentação; infecções durante o primeiro ano de vida da criança (infecções do trato respiratório superior, broncopneumonia, pneumonias, infecções gastrointestinais, etc); infecções que necessitassem de hospitalização durante o primeiro ano de vida; antecedente de doença cardiovascular na criança; história familiar de câncer; hábitos pessoais dos pais, como o tabagismo e o consumo de álcool; idade da mãe no momento do parto e aspectos sociodemográficos.

Os achados mostraram que a amamentação era um fator protetor para o desenvolvimento de Leucemia aguda e Leucemia Linfoblástica aguda, principalmente para as crianças de cinco anos ou mais jovens. As hospitalizações por infecções durante o primeiro ano de vida foram um fator de risco para o desenvolvimento de leucemia em crianças com SD e mais de seis anos.

5.2 Atenção à família

Esteve presente em nove estudos, com enfoques na qualidade de vida da família, como a amamentação das mães e o benefício às crianças com Síndrome de Down (NUNES et al, 2010; HSIAO, 2013; GRAFF, 2012; GEOK et al, 2013; HALL et al, 2012; WIECZORKIEWICZ; SOUZA, 2009; MCGRATH et al, 2009; DAVIES, 2010; NUNES; DUPAS, 2011).

Nunes et al (2010) realizaram uma pesquisa utilizando o Interacionismo Simbólico (IS) ferramenta que permite analisar características do ser humano como: a interação, interpretação, definição e o agir no cotidiano, baseado no significado que o homem atribui a uma situação vivida. Foram avaliadas oito famílias de crianças com Síndrome de Down, o estudo avaliou o que significava para a família ter uma criança com a síndrome. A descoberta da síndrome durante a gestação tem fator positivo e negativo, o positivo seria o preparo antecipado da família para a chegada da criança. O negativo seria o sofrimento antecipado que poderia gerar na família. O diagnóstico costuma ser um golpe para a família, que enquanto não tem a confirmação costuma refutar a ideia de um filho com a síndrome.

Segundo o estudo de Nunes et al (2010) a primeira atitude da família é buscar respostas para suas dúvidas acerca da Síndrome de Down, para saberem como lidar com a criança. A família passa então por uma reorganização de sua

estrutura, para acabar com os medos e problemas que tinham devido à ausência de informações, informações erradas ou incompletas. O estudo identifica o cuidado de enfermagem no direcionamento de intervenções junto a família, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, manter o bem-estar e preparar a família para o enfrentamento das dificuldades que uma criança com Síndrome de Down apresenta durante seu desenvolvimento.

Hsiao (2013) em seu estudo analisou 83 famílias de crianças com Síndrome de Down, analisando informações demográficas da família, demanda familiar, suporte social e funcionamento familiar. Seus achados concluíram que, famílias que enfrentam menores demandas e tem uma maior vida social tem suporte melhor do que aquelas famílias que enfrentam maiores demandas e tem apoio social limitado. Maior nível de educação dos pais e renda familiar mais elevada estão associados com o funcionamento saudável da família. A criação de filhos mais velhos com Síndrome de Down também se apresentou como fator positivo para o funcionamento da família.

A experiência de já se ter criado uma criança com Síndrome de Down, enfrentando todos os problemas advindos dessa novidade na vida da família, a busca para sanar as dúvidas e a busca em vencer todas as dificuldades apresentadas durante a criação é, ainda segundo Hsiao, fator positivo para o funcionamento dessa família em comparação com famílias que estão vivendo as dificuldades, sanando dúvidas e buscando informações sobre as necessidades da criança.

No estudo de McGrath et al (2009) foram analisados dois questionamentos do banco de dados da NS-CSHCN (National Survey of Children With Special Health Care), que abordavam quanto à necessidade de aconselhamento genético para as famílias de crianças com SD e famílias de crianças com outras necessidades de saúde especiais. O estudo concluiu que famílias de crianças com diagnóstico de SD necessitam de maior aconselhamento genético do que crianças com outras necessidades especiais, a facilidade de um plano de saúde privado contribui para o maior acesso da família ao aconselhamento.

Graff et al (2012) em seu estudo qualitativo abordou as experiências de um irmão que cresce em uma família com uma criança com Síndrome de Down. O

estudo foi realizado com 23 adolescentes de idade média de 16 anos, e analisou diversas experiências do convívio com a criança. Dentre as crianças as alterações de maior prevalência e que exigiam maior conhecimento dos irmãos foram: doenças congênitas do coração como DAS e DSV, presentes em 64% das crianças e doenças gastrintestinais presentes, também, em 64%. Foram observados efeitos positivos e desafios relacionados a crescer com uma criança com SD, que necessita de cuidados contínuos. Dos 23 adolescentes participantes, 21 afirmaram que crescer com uma criança com SD é uma experiência positiva e de aprendizado, depoimentos de entrevistados trazem a necessidade do cuidado e do crescimento da família, os adolescentes consideraram como positivo o fato de ter que cuidar da criança.

Lidar com uma criança com SD traz novidades para o convívio de uma família, mas tanto no estudo de Graff et al (2012) como no de Hsiao (2013) percebemos que fatores positivos são sempre presentes ao se trabalhar com as famílias. A novidade e o medo do desconhecido não impedem a família de ver as novidades positivas que são descritas no cuidado à criança.

Em seu estudo Geok et al (2013) analisaram informações de 161 mães de crianças com SD na Malásia, obtendo os dados através de diversas instituições. Analisaram os dados examinando a qualidade de vida através do instrumento The World Health Organization Quality of Life. Em seus achados perceberam que a experiência da mãe pode ter características positivas ou negativas, como é distribuído no estudo em uma escala que descreve a qualidade de vida como muito pobre a muito boa. Diversos fatores estão relacionados e foram analisados, como o caso de mães solteiras, a presença de apoio familiar na criação, emprego, escolaridade, uso de transporte público ou particular. Porém em sua análise, etnia da mãe, o emprego, diferenças de status social e religiões se mostraram insignificantes ao se relacionar com a qualidade de vida. Mesmo entre as variações de religiões (muçulmanas, cristãs ou budistas) os achados se manifestaram insignificantes na influência da qualidade de vida.

Esses achados vão de encontro aos achados de Hsiao (2013) que em seu trabalho afirma que um maior nível de educação dos pais e renda familiar mais elevada estão associados positivamente ao funcionamento saudável da família,

enquanto que neste estudo estas características não apresentaram influência na qualidade de vida da mãe em si. Os estudos foram realizados em países diferentes e com ferramentas para análises de dados diferentes, mas índices baixos de qualidade de vida das mães dificultam a resiliência do lar e assim dificultam a capacidade da família de enfrentar os problemas que surgem com a criança com SD.

Hall et al (2012) em seu estudo misto (quantitativo e qualitativo), analisaram o estresse entre os integrantes de uma família com criança com necessidades especiais no contexto do modelo Resiliency Model of Stress and Adjustment desenvolvido por McCubbin e Mc Cubbin, 1993. Foram 25 pais participantes do estudo, que foi dividido em duas fases de análises separadas sendo a primeira uma análise qualitativa e a segunda quantitativa. O estudo constatou que pais de crianças com necessidades especiais queixam-se da falta de apoio para o cuidado e relatam decepção pela criança não cumprir metas de desenvolvimento. Já pais que foram classificados como não estressados dedicaram maior parte de seu tempo para discutir sobre os benefícios da criança, seus pontos fortes e o futuro. Pais menos estressados apresentaram maior resiliência no lar, melhor disposição para enfrentar os problemas e cuidado das crianças. O estudo em sua conclusão ainda afirma que o enfermeiro deve ter ferramentas adequadas para avaliar e identificar outros estressores familiares e a capacidade para o enfrentamento de problemas.

Em seu estudo exploratório-descritivo, Wieczorkiewicz e Souza (2009) buscaram descrever as facilidades encontradas na amamentação de crianças de até seis anos com SD. Os sujeitos do estudo foram obtidos junto a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais. O estudo não conseguiu identificar a relação de proporcionalidade entre nível de educação da mãe e maior prevalência de tempo de amamentação. Foi percebido que a presença da criança com características atípicas pode levar a desagregação da família. A chegada da criança com SD desestrutura o lar e a necessidade de suporte de saúde, de profissionais e da família se torna mais frequente, porém segundo o texto nem todos os pais estiveram dispostos a enfrentar tudo e alegaram que o motivo da separação foi o nascimento da criança com SD, o que leva muitas mães a criarem a criança, sozinhas. O maior fator facilitador da

amamentação foi o “querer da mulher/mãe”, segundo o autor a condição de querer amamentar da mãe se sobrepõe a qualquer dificuldade ou problema.

O estudo recomenda que a atuação da enfermagem no cuidado a amamentação da mãe de criança com SD seja de forma a conhecer os elementos que sozinhos ou unidos interferem nos diversos sentimentos da mãe, sejam: amor, angústia, medo e superação. O enfermeiro deve atuar com a educação em saúde, estímulo da mamada na primeira hora de vida e inclusão das famílias em grupos de orientação.

Davies (2010), em seu estudo qualitativo buscou descrever como os pais avaliam a dor em seu filho com SD, examinar a relação entre avaliação da dor e decisões por parte dos pais para intervir aliviando a dor na criança. Foram entrevistados 12 pais e a análise de dados foi realizada através da Sequência de Pesquisa do Desenvolvimento de Spradley's (1979). Foi constatado que os pais das crianças com SD utilizam para avaliação da dor os mesmos comportamentos percebidos em outras crianças e que crianças com SD que expressam mais medo tem uma classificação mais elevada de dor. Segundo relato dos pais, em comparação com os irmãos a criança com SD é menos verbal, menos expressiva, mais lenta para reclamar e menos preocupada com lesões quando presente o estímulo da dor. Essa dificuldade evidenciada com o estudo exhibe que a interação com crianças com SD é prejudicada devido à sua condição, a dificuldade em expressar a dor dificulta o exercer do cuidado.

Nunes e Dupas (2011) buscaram desenvolver um modelo teórico sobre a experiência de famílias de crianças com SD. Neste estudo qualitativo foi utilizado o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, que permite considerar o homem ativo em seu meio, que interage com os outros e consigo mesmo. Constatou-se que existe uma busca incessante da família pelo desenvolvimento da sua criança, para que ela tenha um futuro menos dependente de outras pessoas. A família vivencia períodos de alegria e agitação e outros de incertezas e dificuldades, o primeiro grande período de dificuldade vem com o diagnóstico da alteração da criança e a dificuldade em se adaptar a uma nova rotina. Vários fatores influenciam no surgimento dos períodos da família, até mesmo a forma como o diagnóstico de SD é informado à família. O estudo traz o papel do enfermeiro como um facilitador e

conhecedor da vivência da família de uma criança com SD, conhecendo e trabalhando não só a sua resiliência, mas também toda a reabilitação da criança.

5.3 Trabalho dos profissionais de saúde

O profissional de saúde exerce o cuidado direto à criança com SD quando ela está hospitalizada, mas em meio externo ao hospital também exerce o cuidado no auxílio à família, ao repassar orientações e estimular ações de cuidado dos pais. Foi o alvo de estudo de dois artigos (TONGE, 2011; OYAMA et al, 2011)

O atendimento de crianças com necessidades especiais no ambiente perioperatório apresenta muitos desafios para os profissionais de saúde, Tonge (2011) discute então em seu estudo as implicações perioperatórias em pacientes pediátricos com SD. Dos pacientes diagnosticados com síndrome de Down, 8% a 10% desenvolvem complicações peri-operatórias durante procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro deve desenvolver um plano individualizado de atendimento para orientar o manejo do paciente durante todo o período perioperatório. Dentre as complicações incluem-se a obstrução das vias aéreas, broncoespasmos e dificuldade com intubação. As anomalias cardíacas com hipertensão pulmonar também colocam esses pacientes em risco com o uso de agentes anestésicos.

O estudo separa complicações por sistemas do corpo humano e traz ações de enfermagem específicas para cada sistema. Quanto às anomalias cardíacas congênitas o enfermeiro pode no pré-operatório desempenhar papel importante ao orientar os pais da criança acerca da importância das consultas pré-operatórias. No dia da cirurgia o enfermeiro deve obter os sinais vitais, incluindo o nível de saturação de oxigênio. Para evitar a endocardite, o paciente pode necessitar de uso de antibióticos profilaticamente, o enfermeiro deve investigar história alérgica desse paciente e interações medicamentosas.

Nas alterações do sistema respiratório o enfermeiro deve avaliar história de apnéia obstrutiva do sono e posições incomuns de dormir devido a possibilidade de estenose subglótica. O enfermeiro deve ainda considerar fatores como obesidade, hipotonia e doenças cardíacas, que são associados a problemas nas vias aéreas superiores em crianças com SD.

Quanto ao sistema gastrointestinal o estudo afirma que o enfermeiro deve avaliar quanto a história progressiva de vômito para evitar broncoaspiração durante o procedimento cirúrgico. Quanto ao sistema endócrino o enfermeiro deve estar atento a resultados de exames laboratoriais e atento ao risco de diabetes e hipotireoidismo associados a essas crianças. Quanto ao sistema sanguíneo o estudo traz que o enfermeiro tem função essencial na gestão do ambiente para a prevenção e controle de infecções.

Segundo o estudo, a enfermagem age como facilitadora para garantir uma abordagem multidisciplinar, antecipando complicações perioperatórias e desenvolvendo um plano abrangente de cuidados.

Oyama et al (2011) em seu estudo transversal identificaram a atuação dos enfermeiros de uma maternidade junto as mães que tiveram filhos com o diagnóstico de SD. Foram avaliadas 15 mães e 10 enfermeiros. Segundo o estudo o enfermeiro tem um papel importante na orientação da mãe, principalmente no incentivo ao aleitamento. O enfermeiro pode atuar também esclarecendo as dúvidas, auxiliando a mãe no desenvolvimento do vínculo afetivo e na compreensão das necessidades da criança, que merecem atenção especial devido a síndrome. Dos dez enfermeiros apenas um possuía especialização em obstetrícia e qualificação para trabalhar no setor e apenas um referiu ter conhecimento sobre a temática de SD durante a sua graduação. Apenas dois referiram o desejo de se aprimorar na temática de recém-nascido com SD, segundo o estudo esse despreparo dos profissionais é percebido pelos familiares que alegam não receber o suporte adequado, receber informações erradas e a necessidade de guardarem todas as suas dores e dúvidas consigo.

Deve ser desenvolvida então uma boa assistência de enfermagem, fornecendo manutenção da estrutura familiar, controle da ansiedade dos pais e orientações gerais e específicas. A abordagem deve ser sistemática e o planejamento das ações ser focado nos cuidados que serão realizados durante toda a vida, desde a fase de recém-nascido até a fase adulta.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como foco principal trazer as diferentes formas do cuidar de uma criança, diferentes olhares e uma visão multidisciplinar da criança com SD e de suas necessidades. Existem diversas formas do profissional exercer o cuidado sobre uma criança, seja diretamente, durante a internação, durante uma consulta, ou acompanhamento domiciliar, como no lidar com a família esclarecendo dúvidas, dando suporte emocional e aconselhamento, como também no trato com o profissional, aperfeiçoando-o buscando avaliar e trazer conhecimento para que o mesmo tenha condições de exercer o cuidado de uma forma mais segura.

Segundo Araujo e Rosas (2007) a enfermagem tem papel fundamental na equipe multidisciplinar, desempenhado no planejamento de ações, avaliação e acompanhamento da evolução dos casos. O presente trabalho trouxe as diferentes visões de cuidado a criança com SD, dentre as publicações dos últimos quatro anos, unindo o cuidado de enfermagem a diferentes formas de se enxergar as necessidades da criança.

O presente trabalho pode contribuir para expandir a visão multidisciplinar do enfermeiro, permitindo-o conhecer não só as publicações de enfermagem no período definido, mas sim todas as publicações que abordem o cuidado a criança direto ou indireto, trazendo conhecimento acerca da temática.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, C. R. G.; ROSAS, A. M. M. T. F. O papel da equipe de enfermagem no setor de radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.54, 2007.

BEZERRA, I. M. **Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal**: revisão integrativa de literatura. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BOY R. et al. Síndrome de Down - análise clínica, citogenética e epidemiológica de 165 casos. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 71, n.2, 1995.

BRASIL, BRASÍLIA. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de outubro de 1989, p. 1920.

BRASIL, BRASÍLIA. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, p.13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**, 1ed., Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico, 5 ed., Brasília, 2010.

CARSWELL, W. A. Estudo da assistência de enfermagem a crianças que apresentam Síndrome de Down. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, jul. 1993 .

DAVIES, R. B.; Pain in children with Down Syndrome: assessment and intervention by parents. **Pain Management Nursing**. Vol 11, No 4 (December), 2010: pp 259-267

Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br>> acesso em 15 de maio de 2013.

FISHER, D.; KING, L. An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. **Journal of Advanced Nursing**, Australia, mar. 2013.

FLORES-LUJANO, J.; PEREZ-SALDIVAR, M. L. et al. Breastfeeding and early infection in the aetiology of childhood leukaemia in Down Syndrome. **British Journal of Cancer**, v.101, 2009.

GEOK, C. K.; ABDULLAH, K. L. et al. Quality of life among Malaysian mothers with a child with Down Syndrome. **Internacional Journal of Nursing Practice**. Malaysia, v. 19, 2013.

GIARETTA, A.; GHIORZI, A. R.; O ato de comer e as pessoas com Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, 2009.

GRAFF, C.; MANDLECO, B. et al. Perspectives of adolescents siblings of children with Down Syndrome who have multiple health problems. **Journal of Family Nursing**, 2012.

GULLER, C. A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M. A. M. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2007

HALL, H. R.; NEELY-BARNES S. L. et al. Parental stress in families of children with a genetic disorder/disability and the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v.35, 2012.

HSIAO, C. Y. Family demands, social support and family functioning in Taiwanese families rearing children with Down Syndrome. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 58, 2013.

MCGRATH, R. J.; LAFLAMME, D. J. et al. Access to genetic counseling for a children with Autism, Down Syndrome, and Intellectual Disabilities. **Official Journal of the American Academy of Pediatrics**, v. 124, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008 .

NISLI, K. Prevalência de cardiopatias congênitas em portadores da síndrome de Down. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 85, n. 5, out. 2009

NUNES, M. D. R.; DUPAS, G.; NASCIMENTO, L. C. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, abr. 2011.

NUNES, M. D. R.; DUPAS, G. Independência da criança com síndrome de Down: a experiência da família. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, vol. 19, 2011.

OLIVEIRA, A. C.; PORDEUS, I. A. et al. Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down Syndrome. **Angle Orthodontist**, v. 80, 2010.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE) — **Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos**. Washington, publicação científica no. 460, 1984.

OYAMA, S. M. R.; ARVIGO, G. et al. Atuação do enfermeiro com crianças e famílias de portadores da Síndrome de Down. **Cuidarte Enfermagem**, vol. 5, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

PÔRTO, C. M. V.; IBIAPINA, S. R. **Ambiente aquático como cenário terapêutico ocupacional para o desenvolvimento do esquema corporal em Síndrome de Down**. Universidade de Fortaleza – Unifor – Ceará, 2010.

TONGE, A. Perioperative care of the pediatric patient with Down Syndrome. **AORN Journal**, vol 94, 2011.

WIECZORKIEWICZ, A. M.; SOUZA, K. V. O processo de amamentação de mulheres mães de crianças portadoras de Síndrome de Down. **Cogitare Enferm**, vol. 14, 2009.

8. ANEXOS

Instrumento de coleta de dados desenvolvido por Sartoreto (2013).

1. Número do artigo	
2. Portal ou Base de dados de origem:	
<input type="checkbox"/> BVS	<input type="checkbox"/> CINAHL
<input type="checkbox"/> PeriEnf	
3. Identificação do artigo	
3.1. Autores:	
3.2. Título:	
3.3. Idioma:	
3.4. Ano de publicação:	3.5. Volume:
3.6. Número:	3.7. Páginas:
4. Identificação do primeiro autor:	
4.1. Nome:	
4.2. Local de trabalho:	
4.3. Profissão:	4.4. Titulação:
5. Identificação da revista:	
5.1. Título:	
5.2. Tipo de periódico:	
<input type="checkbox"/> Periódico de Enfermagem geral	<input type="checkbox"/> Periódico de Enfermagem especializada
<input type="checkbox"/> Periódico de Saúde em geral	<input type="checkbox"/> Periódico de Gerenciamento/ Administração
<input type="checkbox"/> Periódico de outras áreas do conhecimento- especificar	
6. Objetivo ou questão de investigação:	
7. Identificação do método:	
<input type="checkbox"/> Explícito	<input type="checkbox"/> Implícito

7.1. Tipo de estudo:			
<input type="checkbox"/> Pesquisa quantitativa	<input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Exploratória <input type="checkbox"/> Estudo de caso	<input type="checkbox"/> Quase-experimental <input type="checkbox"/> Descritiva <input type="checkbox"/> Relato de experiência	<input type="checkbox"/> Não experimental <input type="checkbox"/> Exploratória-descritiva <input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Pesquisa qualitativa	<input type="checkbox"/> Exploratória <input type="checkbox"/> Descritiva	<input type="checkbox"/> Exploratório-descritiva <input type="checkbox"/> Estudo de caso	
7.2. Nível de evidência:			
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
7.3. Instituição sede do estudo:			
7.3.1. Característica do local:			
7.3.2. País:			
7.4. Característica dos sujeitos:		População:	
		Amostra:	
		Idade:	
		Sexo:	
7.4.1. Categorias profissionais que o estudo contempla:			
7.5. Período de coleta de dados:			
7.6. Técnica de coleta de dados:			
7.7. Tratamento e análise dos dados:			
8. Resultados:			
9. Conclusão/considerações finais:			
10. Recomendações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
11. Identificação de limites ou vieses:		<input type="checkbox"/> Sim, quais: <input type="checkbox"/> Não	