

Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e245223 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245223 https://periodicos.ufpe.br/r

evistas/revistaenfermagem

ARTIGO ORIGINAL

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR MULTIPROFISSIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA DE KAWASAKI*

MULTIPROFESSIONAL HOSPITAL CARE FOR CHILDREN WITH KAWASAKI DISEASE

ASISTENCIA HOSPITALARIA MULTIPROFESIONAL A NIÑOS CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Henna Carolina Cambuim de Lima¹, Angélica Teresa Nascimento de Medeiros², Kisna Yasmin Andrade Alves³, Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador⁴

RESUMO

Objetivo: mapear a assistência hospitalar multiprofissional à criança com Doença de Kawasaki. Método: trata-se de uma scoping review, realizada a partir do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, utilizando, como fontes de coleta, sete bases de dados. Analisaram-se artigos, dissertações e teses, produzidos por pesquisadores de línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que abordassem a assistência multiprofissional à saúde da criança com Doença de Kawasaki. Utilizou-se a estatística descritiva simples para a análise dos dados. Resultados: constituiu-se a amostra final de 16 pesquisas. Citaram-se como membros da equipe multiprofissional: enfermeiro; médico; fonoaudiólogo; psicólogo; odontólogo e fisioterapeuta. Pontua-se que o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho na assistência direta e indireta à criança com Doença de Kawasaki. Ressaltou-se a importância de todos da equipe saberem a sintomatologia da doença, pois, sendo uma enfermidade com identificação clínica, todos os assistencialistas estão envolvidos nesse processo. Conclusão: observou-se a presença de seis profissionais citados na assistência hospitalar multiprofissional à criança com a Doença de Kawasaki. Notaram-se, entretanto, poucos estudos que descrevessem as funções integradas dentro de uma equipe multidisciplinar. Citaram-se mais o médico e o enfermeiro.

Descritores: Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos; Equipe de Assistência ao Paciente; Hospitais; Saúde da Criança; Criança; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to map the multiprofessional hospital care for children with Kawasaki Disease. *Method:* this is a scoping review, conducted from the Journal Portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, using seven databases as sources of collection. Articles, dissertations and theses produced by Portuguese, English and Spanish-speaking researchers that addressed the multidisciplinary care to the health of children with Kawasaki Disease were analyzed. Simple

descriptive statistics were used to analyze the data. *Results:* the final sample consisted of 16 studies. The following were cited as members of the multiprofessional team: nurses, physicians, speech therapists, psychologists, dentists and physical therapists. It was pointed out that the nurse is a professional who develops his work in direct and indirect assistance to children with Kawasaki Disease. It was emphasized the importance of all members of the team knowing the symptoms of the disease, because, being a disease with clinical identification, all caregivers are involved in this process. *Conclusion:* the presence of six professionals mentioned in the multiprofessional hospital care to children with Kawasaki disease was observed. However, few studies describing the integrated functions within a multidisciplinary team were noted. The physician and the nurse were cited more. *Descriptors:* Mucocutaneous Lymph Node Syndrome; Patient Care Team; Hospitals; Child Health; Child; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: mapear la atención hospitalaria multiprofesional para niños con Enfermedad de Kawasaki. Método: se trata de una scoping review realizada desde el Portal de Revistas de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior, utilizando siete bases de datos como fuentes de recolección. Se analizaron artículos, disertaciones y tesis, elaborados por investigadores en portugués, inglés y español, que abordaron la atención multidisciplinaria de salud de los niños con Enfermedad de Kawasaki. Se utilizó estadística descriptiva simple para el análisis de datos. **Resultados**: se constituyó la muestra final de 16 investigaciones. Se mencionaron como miembros del equipo multiprofesional: enfermero; médico; fonoaudiologo; psicólogo; dentista y fisioterapeuta. Se destaca que el enfermero es un profesional que desarrolla su labor en la asistencia directa e indirecta a niños con Enfermedad de Kawasaki. Se enfatizó la importancia de que todos los integrantes del equipo conozcan los síntomas de la enfermedad, ya que al ser una enfermedad con identificación clínica, todos los asistentes están involucrados en este proceso. *Conclusión*: se observó la presencia de seis profesionales mencionados en la atención hospitalaria multiprofesional de niños con Enfermedad de Kawasaki. Sin embargo, se han señalado pocos estudios que describan las funciones integradas dentro de un equipo multidisciplinario. Se mencionaron más al médico y elenfermero.

Descriptores: Síndrome MucocutáneoLinfonodular; Grupo de Atención al Paciente; Hospitales; SaluddelNiño; Niño; Enfermería.¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. ¹ohttps://orcid.org/0000-0002-4731-5347

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. ² https://orcid.org/0000-0002-4845-8382

- ³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. ³ https://orcid.org/0000-0001-7900-0262
- ⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. ⁴ https://orcid.org/0000-0002-3208-6270
- *Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << Assistência hospitalar multiprofissional à saúde da criança com doença de kawasaki: scoping review>> do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ESUFRN, 2019.

Como citar este artigo

Lima HCC, Medeiros ATN, Alves KYA, Salvador PTCO. Assistência hospitalar multiprofissional à criança com Doença de Kawasaki. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e245223 DOI:https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245223

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica generalizada, que afeta os vasos sanguíneos de pequenos e grandes calibres, com predileção pelas artérias coronárias. Acrescenta-se que, em crianças, menores de cinco anos, é a segunda causa de vasculite. Configura-se, nos países desenvolvidos, como a principal causa de cardiopatia adquirida e a segunda nos países em desenvolvimento, perdendo apenas para a febre reumática.^{1,2}Trata-se de uma doença que ocorre mundialmente e tem maior prevalência na população asiática, que reside ou não no continente asiático, o que sugere uma predisposição genética.^{3,4}

Descreveu-se a DK pela primeira vez por Tomisaku Kawasaki, em 1967, mas a causa da doença não foi descoberta apesar de fatores clínicos (doença febril autolimitada) e epidemiológicos (sazonalidade, surtos) levarem a uma ideia de um agente infeccioso. ^{3,5}Ocasiona-se, assim, por meio da infecção, a formação de um superantígeno, levando a uma resposta imunológica anormal em indivíduos geneticamente susceptíveis. ^{3,6}

Torna-se a DK, por não existir um exame complementar específico, uma patologia de difícil diagnóstico, devido a uma similaridade dos sinais e sintomas de afecções comuns na infância. Informa-se, desse modo, que a investigação é clínica baseada nos critérios estabelecidos pela Heart American Association (AHA) pela European League Against Rheumatism/PediatricRheumatologyEuropean Society (EULAR/PReS). Baseiam-se os sinais e sintomas na presença de febre com duração de cinco ou mais dias e associada a mais quatro ou cinco dos critérios: conjuntivite bilateral não exsudativa; linfadenopatia cervical; alteração das extremidades; exantema polimorfo e alteração na boca (eritema, edema e fissura labial, hiperemia e hipertrofia das papilas linguais, a língua de morango).8Observa-se, no entanto, que existe a DK incompleta ou atípica, que se caracteriza pelo paciente apresentar febre inexplicada com mais dois ou três achados médicos da DK.^{5,7}

Contribui-se, pela abordagem multiprofissional, para o atendimento, a identificação e o tratamento da DK com uma visão mais ampla, dando, aos pacientes e aos familiares, conhecimento real sobre todas as fases da doença e assistência dentro de cada uma das suas especificidades. 9

Torna-se importante, desse modo, que o profissional de saúde tenha conhecimento dos achados clínicos e da existência da forma incompleta/atípica a fim de não ter um atraso no diagnóstico e a terapêutica ser iniciada precocemente para não gerar maiores complicações.⁶

Torna-se fundamental, assim, como característica do trabalho em equipe, um plano assistencial comum a todos os profissionais de saúde, que inclua linguagem,objetivo e propostas, por meio de uma relação de comunicação e a execução das intervenções técnicas. 10

Sabe-se, além disso, que muitas famílias buscam a internet para entender sobre a doença, por isso, cabe,à equipe multiprofissional, a orientação aos pais sobre as mudanças que podem ocorrer na criança, como: anormalidades na pele; alterações comportamentais; artrite e perda de apetite.¹¹

Ressalta-se, diante do exposto, com o escopo de conhecer a assistência hospitalar multiprofissional à saúde da criança com DK, o interesse em conhecer quais profissionais envolvidos neste processo e quais cuidados realizados por eles. Apresenta-se, por conseguinte, como questão de pesquisa: "Qual a assistência multiprofissional prestada em hospital à criança com DK?".

OBJETIVO

Mapear a assistência hospitalar multiprofissional à criança com Doença de Kawasaki.

MÉTODO

Trata-se de umascoping review guiada pelas recomendações de JBIInstituteReviewer's Manual, ¹² segundo o quadro teórico proposto por Arksey e O'Malley¹³, apresentada de acordo com as recomendações do PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Objetiva-se, por este tipo de revisão, mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento, examinar a extensão, o alcance e a natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes. ¹²

Constituiu-se a população do estudo por artigos, dissertações e teses, produzidos por pesquisadores de língua portuguesa, inglesa e espanhola, que se configuravam como pesquisa que abordasse a assistência multiprofissional na DK.

Utilizou-se, para a formulação da pergunta, a estratégia PCC, conforme descrito: P (*Population*) - Profissionais da saúde; C (*Concept*) - Assistência/criança/doença de Kawasaki; C (*Context*) - Hospital. Informa-se que, assim sendo, a pergunta que guiou a *scoping review* foi a seguinte: "Qual a assistência hospitalar multiprofissional prestada à criança com DK?".

Realizou-se uma busca preliminar nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS) e no portal da *NationalLibrary of Medicine* (PubMed) e não foram encontradas revisões com temática semelhante, justificando, assim, a realização da pesquisa.

Efetuou-se, desse modo, a pesquisa, que foi realizada a partir do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), com acesso provido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no mês de agosto de 2019, às seguintes bases de dados: *Cochrane* CENTRAL; PubMed; Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES; *Web of Science*; SCOPUS; LILACS; SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *Science Direct*; *Scientific Eletronic library* (MEDLINE). Incluiu-se, ainda, a ferramenta *Google Scholar*.

Realizou-se a busca por meio da combinação dos descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que corresponderam aos três elementos iniciais do mnemônico PCC desta pesquisa - (P) *Healthcare Professional* AND (C) *Assistance; children; Disease Kawasaki* AND (C) *Hospital*. Utilizou-se, além disso, o filtro "assunto disponível" nos próprios bancos de dados para selecionar as pesquisas correspondentes à temática. Adaptaram-se a combinação dos descritores e os filtros utilizados para cada base de dados utilizada de modo a obter o maior quantitativo de material disponível sobre a temática.

Incluíram-se artigos, dissertações e teses, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e publicados na íntegra *on-line*,não seestipulando um limite temporal. Eliminaram-se, no critério de exclusão, os editoriais e os estudos que não apresentassem *abstract* e texto *on-line* na íntegra.

Localizaram-se 314 publicações sem filtros e 23 foram excluídas por serem duplicadas. Encontraram-se, com a aplicação do filtro nas bases, 124 estudos. Procedeu-se à avaliação do título e do resumo de todos os estudos identificados. Recuperaram-se, posteriormente, as publicações selecionadas para a leitura completa na íntegra e procedeu-se à extração dos dados. Excluíram-se, nesta última etapa, 108 estudos por não apresentarem o detalhamento da assistência multiprofissional na DK (Figura 1).

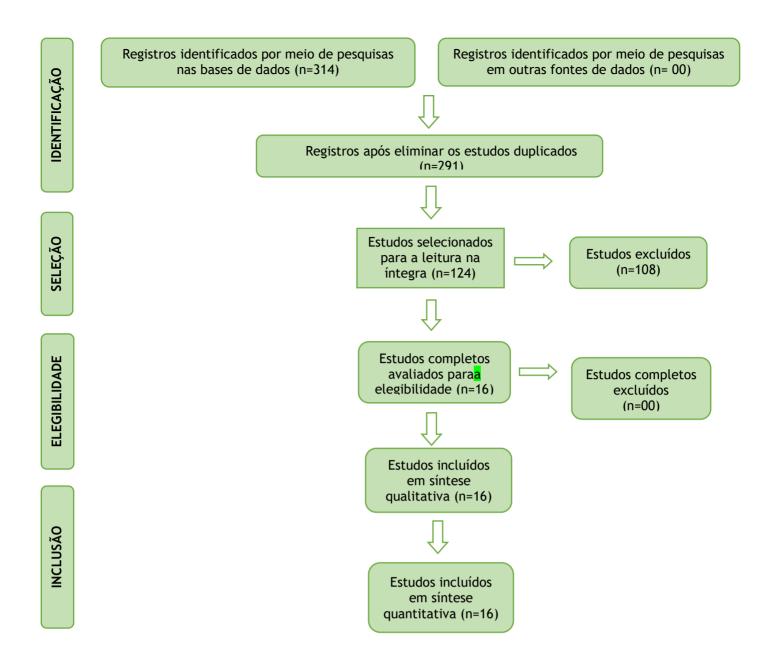


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items Extension* for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Natal (RN), Brasil, 2020.

Analisaram-se os 16 estudos componentes da amostra final a partir dos seguintes dados: tipo de estudo (se artigo, dissertação ou tese); ano de publicação; país de origem; objetivo; método do estudo; instituição de pesquisa; formação do autor; assistência multiprofissional na DK; atuação do enfermeiro na assistência da DK; atuação do médico na assistência da DK; atuação do odontólogo na assistência da DK; atuação do fonoaudiólogo na assistência da DK e atuação dos demais profissionais da saúde na assistência à criança com DK.

Analisaram-se os dados foram a partir de estatística descritiva simples, porém, não foi necessária a apreciação ética por se trabalhar com estudos de domínio público.

RESULTADOS

Expõe-se que, do quantitativo de 314 pesquisas identificadas nas bases de dados inicialmente, a amostra final ficou com 16 (5,09%) resultados que descreveram a assistência multiprofissional à saúde da criança com DK (Figura 1).

Constituiu-se a amostra final por 16 pesquisas: duas (12,5%) teses de doutorado e 14 (87,5%) artigos. Descreve-se que a dimensão temporal dos estudos selecionados variou de 2002 a 2019, com o maior quantitativo de pesquisas publicadas, três, no ano de 2011 (18,75% cada).

Acrescenta-se que os autores dos trabalhos analisados provinham de quatro graduações diferentes. Informa-se que aEnfermagem era o campo de formação de sete (43,75%) autores do estudos, sendoas demais áreas de formação: Medicina (quatro pesquisas; 25%); Odontologia (trêspesquisas; 18,75%) e Fonoaudiologia (duas pesquisas; 12,5%).

Desenvolveram-se as análises no âmbito de 14 instituições de pesquisa, com destaque para a Universidade Federal de Brasília (três pesquisas; 18,75%), sendo queas demais foram desenvolvidas em instituições diferentes de diversos países (Figura 2).



Figura 2. Gráfico das instituições de pesquisa (número absoluto). Natal (RN), Brasil, 2019.

Destacaram-se, ao observar os países das entidades onde os estudos foram desenvolvidos, o Brasil (sete pesquisas; 43,75%) e os Estados Unidos (quatro pesquisas; 25%), sendo que Índia, Inglaterra, Itália, México e Reino Unido apresentaram um (seis pesquisas; 25%) estudo cada.

Apresenta-se, na figura 3, a caracterização das publicações (P) incluídas na *scoping review* segundo o objetivo, o tipo e a população de estudo. Representam-se as mesmas pela letra "P", seguida do número sequencial, que vai de um a 16, total da amostra final.

Publicação (P)	Objetivo	Tipo	População
P1 ¹⁴	Ilustrar uma complicação grave da DK.	Estudo de caso	Menino de um ano e sete meses com diagnóstico de DK.
P2 ¹⁵	Identificar as mudanças significativas na saúde psicológica da criança.	Pesquisa de campo	Pacientes de três a 18 anos com diagnóstico de DK.
P3 ¹⁶	Analisar a mucosite oral em um bebê afetado pela DK.	Estudo de caso	Menino de três meses.
P4 ⁸	Avaliar, em pacientes com DK, a prevalência da perda auditiva neurossensorial.	Estudo prospectivo (coorte clínica)	40 crianças com idades entre dois meses e 11

			anos com diagnóstico de DK.
P59	Abordar a assistência multidisciplinar para o atendimento de pacientes com DK.	Estudo de caso	Menina de um ano com diagnóstico de DK.
P6 ¹⁷	Descrever o caso clínico de uma criança com DK.	Estudo de caso.	Menino de oito meses com diagnóstico de DK.
P7 ¹⁸	Avaliar as manifestações clínicas e os achados laboratoriais da DK em grupo de crianças acompanhadas durante um período de até dez anos.	Estudo prospectivo (coorte clínica)	301 paciente com diagnóstico de DK de janeiro de 2007 a dezembro de 2016.
P8 ¹⁹	Chamar a atenção para as complicações que podem surgir em qualquer fase da DK, para os fatores de risco que contribuem para o aparecimento dessas complicações e para as possíveis sequelas da doença, sejam elas transitórias ou permanentes.	Estudo prospectivo (coorte clínica)	Crianças de dois meses a 11 anos com diagnóstico de DK.
P9 ²⁰	Apresentar um caso clínico e revisar a literatura existente sobre a Síndrome de Kawasaki.	Estudo de caso	Menino de quatro anos e sete meses com diagnóstico de DK.
P10 ²¹	Descrever o desempenho comunicativo, motor e cognitivo de uma menina com diagnóstico de DK.	Estudo de caso.	Menina de quatro anos e seis meses com diagnóstico de DK.
P11 ²²	Acelerar o diagnóstico e o tratamento aos pacientes com DK.	Estudo de caso.	Menino de quatro anos com diagnóstico de DK.
P12 ²³	Conhecer a importância do cuidado de Enfermagem na DK.	Revisão bibliográfica.	Base de dados relacionados àDK.
P13 ¹¹	Descrever a importância do diagnóstico precoce da DK.	Estudo de caso	Menino de três anos com diagnóstico de DK.
P14 ²⁴	Conhecer a importância do cuidado e do tratamento da odontologia na DK.	Estudo de caso.	Menina de oito anos com diagnóstico de DK.
P15 ²⁵	Otimizar o tempo para o diagnóstico e o tratamento de crianças com DK.	Revisão bibliográfica.	Principais bases de dados.
P16 ²⁶	Discutir os sinais e sintomas da DK típica <i>versus</i> a DK atípica.	Estudo de caso.	Menino de cinco anos com diagnóstico de DK.

Figura 3. Caracterização das publicações segundo o objetivo, o tipo e a população de estudo (n=16). Natal (RN), Brasil, 2019.

Destacou-se o P7 pelo limite temporal em que a coleta ocorreu, entre dezembro de 2007 a janeiro de 2016, avaliando 301 crianças, sendo 183 do sexo masculino (60,79%) e 118 do sexo feminino (39,20%) e por ter sido realizado em um hospital infantil referência para a DK no Brasil.

Examinaram-se, nos estudos de caso e prospectivos (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P13, P14 e P16), 531 crianças: 192 (36,15%) do sexo feminino e 339 (63,85%) do sexo masculino. Acrescenta-se que as idades variaram de dois meses a 18 anos, com a idade média de quatro anos, faixa etária de maior incidência da doenca.

Citaram-se os membros da equipe multiprofissional com suas atuações dentro das especificidades de sua formação e são eles: enfermeiro (8; 50%) sempre em atuação conjunta com o médico; fonoaudiólogo (4; 25%); psicólogo (4; 25%); odontólogo (3; 18,75%) e fisioterapeuta (1; 6,25%) (Figura 4).

Observa-se, quanto à assistência multiprofissional na DK, que a prática dos médicos é a função fundamental da área da saúde no tratamento desta doença. Revela-se que, em 100% dos artigos, a profissão foi citada. Destacou-se, neste contexto, o exame físico: o principal instrumento para o diagnóstico clínico da DK, visto que não existe exame específico para a detecção da doença.

	Médico (100%)
	Enfermeiro (50%)
Mombros do oquipo	Fonoaudiólogo (25%)
Membros da equipe	Psicólogo (25%)
	Odontólogo (18,75%)
	Fisioterapeuta (6,25%)
	Revisão de literatura (12,5%)
Tipo de estudo	Estudo de caso (62,5%)
	Estudo prospectivo (coorte clínico) (18,75%)
	Febre persistente (71,42%)
	Conjuntivite (50%)
	Exantema polimórfico de tronco (50%)
	Eritema e edema de extremidades (42,85%)
Sinais e sintomas	Língua de morango (42,85%)
	Lábios eritematosos e edemaciados (42,85%)
	Linfadenopatia cervical (42,85%)
	Eritema da mucosa oral (28,75%)
	Descamação periungueal (14,28%)
	Gamaglobulina endovenosa (IGIV) 2g/kg/dia (37,5%)
	Gamaglobulina endovenosa sem dosagem (25%)
Tratamento	Aspirina de 3 a 5 mg/kg/dia associada à IGIV (12,5%)
	Aspirina de 80 a 100 mg/kg/dia associada à IGIV (12,5%)
	Não mencionaram o recurso terapêutico (37,5%)
	Hemograma (35,7%)
	Leucograma (49,98%)
Resultados do laboratório	Plaquetas (49,98%)
	Velocidade de hemossedimentação (35,7%)
	Proteína C Reativa (35,7%)
	Troteina C Neativa (33,170)

Figura 4. Quadro síntese dos achados segundo os membros da equipe, tipo de estudo, sinais e sintomas, tratamento e resultados de laboratório. (n=16). Natal (RN), Brasil, 2019.

Percebe-se o diagnóstico feito por critérios clínicos de acordo com as normas do *American Heart Association* (AHA), associação americana que visa a reduzir as doenças cardiovasculares, que aparece na maioria dos estudos (12; 75%), seguida pelo centro de controle de doenças de Atlanta (1; 6,25%). Obteve-se, pelo P3 (1; 6,25%), uma identificação tardia e errada, levando ao óbito, e os P6 e P16 (2; 12,5%) não informaram em que se basearam para diagnosticar a doença.

Detalha-se que, dos 16 resultados, dois(12,5%) são revisões de literatura e trazem os sinais e sintomas propostos pelo AHA; nos demais estudos (14; 87,5%), as manifestações clínicas que mais foram observadas pelos médicos foram: febre persistente (dez; 42%); conjuntivite (sete; 50%); exantema polimórfico no tronco (sete; 50%); eritema e edema de extremidades (seis; 42,85%); língua de morango (seis; 42,85%); lábios eritematosos e edemaciados (seis; 42,85%); linfadenopatia cervical (seis; 42,85%); eritema da mucosa oral (quatro; 28,57%) e descamação periungueal (dois; 14,28%).

Observam-se no que se refere aos achados laboratoriais solicitados pelo médico: hemograma completo (P1, P4, P5, P14 e P16); contagem de leucócitos (P1, P3, P5, P7, P11, P14 e P16); plaquetas (P1, P4, P5, P7, P8, P14 e P16); velocidade de hemossedimentação-VHS (P1, P4, P5, P8 e P9) e proteína C reativa-PCR (P1, P4, P9, P11 e P14). Revela-se que as sorologias que aparecem solicitadas

para diferir são: toxoplasmose (P1); mononucleose (P2); rubéola (P1); citomegalovírus (P1 e P16) e tuberculose (P14).

Especifica-se que o ecocardiograma aparece como o exame de imagem mais solicitado pela Medicina (11; 68,75%), seguido pelo eletrocardiograma (cinco; 31,25%) e raio-x de tórax (dois; 12,5%).

Complementa-se que o tratamento mais utilizado pelos médicos foi a gamaglobulina endovenosa (IGIV), citada na dose de 2g/kg/dia (seis; 37,5%) e sem dosagem (quatro; 25%). Associou-se sempre a IGIV à aspirina, que aparece de: três a 5mg/kg/dia (dois; 12,5%); 80 a 100mg/kg/dia (dois; 12,5%) e sem dosagem (seis; 37,5%);seis artigos (37,5%) não mencionaram qual o recurso terapêutico utilizado.

Citam-se entre as complicações que mais aparecem: o aneurisma coronariano (seis; 37,5%); a perda auditiva neurossensorial (cinco; 31,25%); as sequelas comportamentais (cinco; 31,25%); a paralisia facial (quatro; 25%); a ataxia (dois;12,5%); as unhas de Beau (dois;12,5%), entre outras.

Nota-se que o enfermeiro é o profissional que desenvolve seu trabalho na assistência direta e indireta à criança com DK. Descreveu-se a sua atuação com os seguintes aspectos: junto à equipe de Enfermagem (P5, P6, P11, P12, P13, P15 e P16); na coordenação das equipes multiprofissionais (P5); auxiliando o médico no diagnóstico clínico (P5, P11 e P15) e montando e executando os planos de cuidados ao paciente. Incluem-se nesses planos: a monitorização dos sinais vitais (P5, P6, P11, P12, P13, P15 e P16); a punção de acesso venoso periférico (P5); a avaliação do risco nutricional e de desidratação (P12 e P14); a administração de medicação conforme a prescrição médica (P5, P6, P11, P12, P13, P15 e P16); a verificação de possíveis reações adversas (P13) e a orientação aos pais sobre a doença em todos os seus aspectos e fases (P5, P11, P12, P13, P15 e P16). Observou-se, em dois artigos (P6 e P12), a adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Avalia-se e mede-se, como complicação da DK, a perda auditiva neurossensorial pelo fonoaudiólogo. Cita-se, no artigo P4, o exame para a acuidade auditiva por meio do teste de imitância acústica e, em P1 e P7, mediante o *BrainstemEvoked Responses Audiometry*(BERA) - Audiometria de Potenciais Evocados de Tronco Cerebral. Observou-se, no P10, que o profissional trabalha também com o desempenho comunicativo, motor e cognitivo da criança por meio da aplicação da Observação do Comportamento Comunicativo (OCC), *Early LanguageMilestoneScale* (ELMS), Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatrauda (EDCGA) e Inventário Portage Operacionalizado (IPO).

Percebe-se que o odontólogo aparece (P3, P9 e P14) para ajudar a diagnosticar a DK durante a sua consulta, identificando alguns sinais e sintomas típicos da doença, como a língua de "framboesa" (vermelhidão da língua e hipertrofia das papilas linguais), o eritema com fissura labial e o eritema na mucosa bucal. Cita-se o profissional também para atentar-se ao uso de antimicrobiano nos pacientes com a doença antes de qualquer procedimento dentário (P9 e P14).

Indica-se que os demais profissionais citados foram o fisioterapeuta (P7) e o psicólogo (P2, P4 e P7), sendo que o fisioterapeuta apareceu atuando na fase subaguda da doença, quando surge a complicação da paralisia facial, e apenas o P7 mostrou que foi necessária a intervenção do profissional nessa complicação. Mostrou-se, nos demais estudos (P4 e P1), que a paralisia é tratada e revertida após a administração da imunoglobulina intravenosa. Constata-se que diversas sequelas comportamentais estão associadas à DK e, quando observadas, devem ser encaminhadas para avaliação e tratamento com psicólogo, sendo as mais mencionadas: a hiperatividade; a diminuição da concentração; a agressividade; a instabilidade emocional e outras.

DISCUSSÃO

Observou-se uma diferença do número de publicações por países, em que o Brasil aparece com sete publicações e os EUA, com quatro. Reconhece-se, entretanto, a DK como um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, não sendo dada a devida importância nos países subdesenvolvidos.^{27,28}Denotam-se, de maneira geral, a incipiência de estudos e a necessidade de fomento de mais pesquisas acerca da temática.

Destaca-se, no cenário brasileiro, o estudo P7, realizado com 301 crianças com diagnóstico de DK, realizado durante um período de dez anos, que mostra que essa afecção tem se tornado mais frequente no país. Revela-se, pela escassez do conhecimento da DK no Brasil e na América Latina, a necessidade de mais estudos a respeito da incidência, morbidade e mortalidade da doença nesses locais. 18

Entende-se que a DK é uma doença séria que acomete crianças de vários países. Indica-se, assim, que os membros da saúde, além do Ministério da Saúde, estejam alertas para a crescente presença dessa grave afecção no Brasil, 18,28 podendo ocasionar graves consequências, e os profissionais devem estar capacitados e conscientes de que essa doença não afeta só os asiáticos. Enfatizou-se, pelos pesquisadores, que 3500 crianças nos Estados Unidos são hospitalizadas anualmente por causa da DK. 27,29

Observou-se, no Brasil, com a limitação de estudos com a temática, que os estudos são pobres de informações e poucos utilizaram os critérios da AHA para o diagnóstico.²⁹Verifica-se, diante dessa informação, no âmbito desse mapeamento, que 71,42% dos estudos do Brasil seguiram a identificação proposta pelo AHA.

Observou-se, ainda, a predominância do sexo masculino, o que foi observado em estudo de revisão de relatos de casos de crianças com diagnóstico de DK, dos anos de 1999 a 2019, no Brasil. Verificouse, no que se refere à idade, nos resultados, uma variação de dois meses a 18 anos, com a idade média de quatro anos apresentando a maior incidência. ²⁹ Alerta-se que essa afecção é atípica em maiores de cinco anos, sendo aproximadamente 85% na faixa etária menor que essa idade. ^{3,7}

Informa-se que as produções escritas por enfermeiros ocuparam 50% dos estudos. Ressalta-se, no estudo P5, a assistência do enfermeiro à criança com DK na atenção primária, sala de urgência, enfermarias e unidades de terapia intensiva.⁹

Torna-se a abordagem multidisciplinar fundamental para o atendimento de pacientes que têm DK, consistindo em uma modalidade de trabalho conjunto que representa uma associação recíproca entre as atividades técnicas e a comunicação dos membros da saúde de diferentes áreas. Baseia-se, como não existe nenhum teste específico laboratorial para a identificação de DK, essa abordagem em sinais e sintomas. Acredita-se, desse modo, que, ao atender uma criança com sintomas da doença, o profissional que reconheça essas manifestações encaminhará o paciente para o médico e o tratamento será iniciado de forma mais breve.

Representa-se a DK um desafio para o pediatra que trabalha no Brasil, tratando-se de uma afecção incomum, que requer intervenção específica durante o período crítico, sendo a medicação iniciada na tentativa de serem evitadas sequelas graves ou fatais. Percebe-se, ao mesmo tempo, que tem uma apresentação clínica comum com outras doenças infecciosas febris que são predominantes na infância, dificultando ainda mais o seu diagnóstico. ¹⁴ Apresenta-se a DK atípica com sintomas incomuns da DK incompleta, sendo fundamental diferir a segunda, que apresenta sintomas clássicos, da primeira, que se caracteriza pelo aumento do fígado, perda auditiva neurossensorial e icterícia. ³⁰

Podem-se observar quanto às pautas interventivas dos enfermeiros relatadas nos estudos: o auxílio ao médico na identificação das manifestações clínicas; a montagem e a execução do plano de cuidados do paciente; a administração de medicação conforme a prescrição médica e a orientação aos pais. Torna-se necessária a capacitação dos profissionais enfermeiros para que a SAE, com a identificação de diagnósticos e implementação de intervenções, proporcione um cuidado integral e eficaz com a melhoria do quadro clínico do paciente.¹⁷

Denota-se, durante o acompanhamento das crianças com DK, a importância de que, pelo menos, uma avaliação audiológica com fonoaudiólogo seja feita de forma rotineira, dado que a perda auditiva neurossensorial transitória ou recorrente aparece em alguns clientes com essa patologia, podendo ser diagnosticada precocemente essa complicação. ¹⁴Concorda-se esse achado com uma pesquisa apresentada no P4, realizada em um hospital universitário no Brasil com um total de 40 pacientes, com idade variando de dois meses a 11 anos, que identificou que a perda auditiva neurossensorial ocorreu na maioria das crianças. ⁸

Adverte-se que, após a fase aguda da DK, sequelas comportamentais relevantes podem aparecer, devendo o pediatra encaminhar, quando necessário, a criança ao psicólogo. ¹⁵Devem-se, em tese, essas consequências ser analisadas com maiores detalhes em pesquisas futuras, utilizando testes neuropsiquiátricos a fim de descartar outras possíveis causas desse comportamento. Encontraram-

se, pelos autores, no estudo P8, com base nos questionários que avaliam esses achados, 20% dos pacientes com essas alterações. Descreveram-se, em ambos os estudos, os problemas de conduta (agressividade, hiperatividade e comportamento argumentativo) como predominantes. 15,19

Indica-se, no estudo de caso apresentado no P9, realizado com uma criança de quatro anos do sexo masculino, a relevância do diagnóstico precoce da DK. ²⁰Reafirma-se, no P14, essa relevância e acrescenta-se que cabem aos cirurgiões-dentistas terem conhecimento das manifestações orais dessa doença, podendo ajudar na correta identificação. Destaca-se também que o atendimento odontológico a esse paciente requer precauções específicas na tentativa de prevenir comorbidades associadas à DK. ²⁴Observa-se, no âmbito da Fisioterapia, a melhora do prognóstico, podendo auxiliar no tempo de permanência no hospital. ³¹

Enfatiza-se que o único estudo que trouxe como objetivo discutir a assistência multiprofissional ao paciente de DK foi o P5, o qual destacou a parte da Medicina e Enfermagem e suas especificidades na atenção primária e hospitalar. Citam-se, em ambiente terciário, também, a Fisioterapia, aPsicologia e Fonoaudiologia, além dos profissionais técnicos dos setores. ¹⁴Prevê-se, pela inserção do trabalho de profissionais de diversas áreas em emergência, um aperfeiçoamento do atendimento, tratando o paciente integralmente. ^{31,32}

Aponta-se que inúmeras doenças podem ter seus sintomas minimizados pela associação da tríade: diagnóstico correto, intervenções terapêuticas precoces e o atendimento multiprofissional em conjunto. Denota-se, por essa atenção, que contemple a presença do cirurgião-dentista, integrando-o à equipe assistencial, a importância da realização de mais estudos a fim de conduzir o manejo dos pacientes portadores da DK com maior clareza e melhores resultados.

Infere-se que, quando existe intervenção por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a assistência hospitalar, com profissionais que entendem o sofrimento característico da criança com DK, traz benefícios para a família e uma boa evolução para o paciente. Proporcionase, dessa forma, pelo trabalho em equipe, uma permuta de conhecimentos, sendo também importante nas relações humanas, pois motiva os assistencialistas da saúde a buscar, de forma correta, os objetivos do tratamento.

Pontua-se, enquanto limitações da pesquisa, que inicialmente foi proposto avaliar a maior parte da literatura existente, no entanto, podem existir pesquisas publicadas em outros idiomas e bases de indexação não incluídas neste estudo, mas referidas na metodologia. Devem-se compreender, desse modo, os resultados apresentados com base no contexto pesquisado nesta *scoping review*.

Tem-se, como implicação para a área da Enfermagem, a conscientização do profissional enfermeiro como líder de equipe, além da importância do seu papel assistencial, possibilitando a

promoção de mudanças na prática que transforma o sistema de assistência à saúde. Poder-se-á o enfermeiro redefinir a sua área de atuação e melhorar o desempenho durante o serviço.

CONCLUSÃO

Observou-se a presença de seis profissionais citados na assistência hospitalar multiprofissional à criança com DK: médico; enfermeiro; fonoaudiólogo; psicólogo; odontólogo e fisioterapeuta. Notaram-se, entretanto, poucos estudos que descrevessem as funções integradas dentro de uma equipe multidisciplinar. Citaram-se mais o médico e o enfermeiro.

Conclui-se que os resultados deste escopo são úteis para futuras pesquisas na área, para a prática e para a formação da equipe multiprofissional. Torna-se imprescindível, assim, para fazer a diferença na assistência à saúde, vincular o conhecimento, oriundo das pesquisas e da prática de uma modalidade de trabalho coletivo, resultado da relação recíproca entre as intervenções técnicas múltiplas e a interação dos profissionais de diversas áreas da saúde por meio de comunicação e cooperação.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo, com contribuição intelectual, e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- 1. Rodrigues MC. Doença de Kawasaki em Pediatria: após a fase aguda [dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2016 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/37047
- 2. Krauss BS. Doença de Kawasaki [monografia]. Residência em Pediatria, Hospital do Servidor Público de São Paulo; 2014 [cited 2020 Feb 12]. Available from: http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6959
- 3. Pacífico DKS, Silva FDS, Pinto ASB, Junior EFV, Pacífico DSS, Sousa VJM, et al. Doença de Kawasaki e COVID-19: uma revisão de literatura. REAS [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 May 18];12(12):e5085. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5085
- 4. Hearn J, McCrindle BW, Mueller B. Spatiotemporal clustering of cases of Kawasaki disease and associated coronary artery aneurysms in Canada. Sci Rep. 2018;8(1):17682. Available from: http://doi.org/10.1038/s41598-018-35848-9
- 5. Castro PA, Urbano LMF, Costa IMC. Doença de Kawasaki. AnBras Dermatol [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2019 Sep 10];84(4):317-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n4/v84n04a02.pdf
- 6. Rangel MAPS. Doença de Kawasaki: Diagnóstico e Seguimento [dissertação]. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2011 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://repositorio-

<u>aberto.up.pt/bitstream/10216/62322/2/Doena%20de%20Kawasaki%20%20Diagnstico%20e%20seguimento%20dissertao%20M.pdf</u>

- 7. Silva CAA, Hilario MOE, Fonseca AR, Magalhaes CS, Sztajnbok FR, Carvalho MF, et al. Doença de Kawasaki. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento científico de reumatologia. [Internet]. 2019 Nov [cited 2021 May 14]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/ 22196c-DocCient Doenca de Kawasaki.pdf
- 8. Magalhães CMR. Estudo da prevalência da perda auditiva neurosensorial como complicação da doença de Kawasaki [tese]. Faculdade de Fonoaudiologia, Universidade de Brasília; 2008 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://repositorio.unb.br/handle/10482/3458
- 9. Schnautz LS, Leggett P. Kawasaki Disease: A Ride for Little Girls Too! Crit Care Nurs Clin North Am. 2008 Sep;20(3):265-71. Available from: http://http://doi.org/10.1016/j.ccell.2008.03.013
- 10. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev saúdepública (Online). [Internet]. 2001 Feb [cited 2019 Sep 15];35(1):103-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf
- 11. Paul SP, Heaton PA, Routley CA. Child with high fever: Kawasaki disease. Br J Nurs. 2013 Feb;22(5):255-8. Available from: http://http://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.200
- 12. JBI. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. South Australia (AU): The Joanna Briggs Institute; 2015.
- 13. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005 Sep;8(1):19-32. Available from: http://http://doi.org/10.1080/1364557032000119616
- 14. Silva CHM. Deficiência auditiva neurossensorial associada à doença de Kawasaki. J pediatr (Rio J.). 2002 Jan/Feb;78(1):71-4. Available from: http:// http://doi.org/10.1590/S0021-75572002000100015
- 15. Comway DC, Ahluwalia R, Henry L, Michie C, Wood L, Tulloh R. Behaviour sequelae following acute Kawasaki disease. BMC Pediatr. 2005 May;14(5):1-4. Available from: http://http://doi.org/10.1186/1471-2431-5-14
- 16. Scardina GA, Fucà G, Carini F, Valenza V, Spicola M, Procaccianti P, et al E. Oral necrotizing microvasculitis in a patient affected by Kawasaki disease. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. [Internet]. 2007 Dec [cited 2020 Feb 12];12(8):E560-4. Availablefrom: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18059239/
- 17. Lobo SA, Tavares SVF, Rios FA, Monteiro ARM. Cuidados de enfermagem ao paciente com síndrome de Kawasaki: relato de experiência [Internet]. 2009 [cited 2020 Feb 12]. Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01194.pdf
- 18. Almeida FC. Avaliação das manifestações clínicas e achados laboratoriais em 301 pacientes com doença de Kawasaki: acompanhamento de 10 anos [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília; 2018 [cited 2020 Feb 12]. Availablefrom: https://repositorio.unb.br/handle/10482/34579
- 19. Alves NRM, Magalhães CMR, Almeida RFR, Santos RCR, Gandolfi L, Pratesi R. Estudo prospectivo das complicações da doença de Kawasaki: análise de 115 casos. AMB revAssoc Med Bras. 2011 May/Jun;57(3):299-395. Available from: http://http://doi.org/10.1590/S0104-42302011000300012
- 20. Figueiredo MC, Pires PDS, Faustino-Silva DD, Cernicchiaro MO, Squef R. Consideracionesoralesdel síndrome de Kawasaki: Descripción de un caso clínico. Av Odontoestomatol. [Internet]. 2010 Jul/Aug [cited 2019 Sep 2];26(4):203-7. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n4/original4.pdf
- 21. Ribeiro CC, Lamônica DAC, Gejão MG. Desempenho comunicativo, motor e cognitivo em criança com Doença de Kawasaki: relato de caso. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 2];16:481.Available from: https://repositorio.usp.br/item/002256324
- 22.McLellan, Mary C. BSN, RN, CPN; Baker, Annette L. MSN, RN, CPNP At the Heart of the Fever: Kawasaki Disease, AJN, American Journal of Nursing. 2011;111(6):57-63.Doi:10.1097/01.NAJ.0000398543.44660.be
- 23. Martinez MR. Enfermería: unacercamiento a laenfermedad de Kawasaki. Rev Mex de Enfer Cardio. [Internet]. 2011 May-Ago [cited 2020 Feb 12];19(2):67-73. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112d.pdf
- 24. Verma L, Passi S, Kaur G, Grupta J, Joshi M. Kawasaki Disease Presenting to Dentists: "Think Beyond Dentition". Int J Clin Pediatr Dent. 2018 Nov/Dec;1(6):532-5. Doi: 10.5005/jp-journals-10005-1571

- 25. Fuller MG. Kawasaki Disease in Infancy. Advanced Emergency Nursing Journal [Internet]. 2019 Jul/Sep 2019 [cited 2020 Feb 12];41(3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31356247/
- 26. Toole KP, Frank C. Atypical or incomplete Kawasaki Disease in a Young Child: A Case Report. Journal of Pediatric Health Care. 2019;33(4):485-8. Available from: http:// http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.10.004
- 27. Ramos MPC. Manifestações Orais de Doenças Exantemáticas Infantis [dissertação]. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa; 2016 [cited 2020 Feb 12]. Availablefrom: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26224/1/ulfmd06028_tm_Mara_Ramos.pdf
- 28. Faim D, Henriques C, Brett A, Francisco A, Rodrigues F, Pires A. Doença de Kawasaki: Preditores de Resistência à Imunoglobulina Intravenosa e Complicações Cardíacas. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2021 Mar[cited 2021 May 18];116(3):485-91.Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-82X2021000400485&lng=en
- 29. Silva FLP. Doença de Kawasaki: análise de casos brasileiros [monografia]. Faculdade de Medicina, Universidade da Bahia; 2016 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20853/1/Franco%20Leone%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf
- 30. Murakami D, Sugita G, Gunduz M, Suenaga T, Takeuchi T, Suzuki H, et al. Adultonset Kawasaki diseasepresentingwithacuteepiglottitisfindings. Braz j otorhinolaryngol. [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 May 18];86(Suppl1):s67-s71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942020000700021&lng=en
- 31. Santos PR, Nepomuceno P, Reuter ÉM, Carvalho LL. Percepção da equipe multiprofissional sobre o fisioterapeuta na emergência de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. FisioterPesqui. [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 May 18];27(2):147-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502020000200147&lng=en
- 32. Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família no pós operatório imediato de cardiopatias congênitas. Arquiêncsaúde. [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2019 Oct 10];15(4):163-9. Available from: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20288.pdf

Correspondência

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador

E-mail: petalatuani@hotmail.com

Submissão: 27/04/2020 Aceito: 13/05/2021

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 <u>Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 InternationalLicense</u>, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.