



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉA DIAS NASCIMENTO

**PERFIL DOS CASOS DE CRISE CONVULSIVA ATENDIDOS NO PRONTO
ATENDIMENTO INFANTIL DE MACAPÁ NO ANO DE 2013.**

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉA DIAS NASCIMENTO

**PERFIL DOS CASOS DE CRISE CONVULSIVA ATENDIDOS NO PRONTO
ATENDIMENTO INFANTIL DE MACAPÁ NO ANO DE 2013**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem –Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Prof. Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda
Wosny**

FLORIANÓPOLIS - SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PERFIL DOS CASOS DE CRISE CONVULSIVA ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL DE MACAPÁ NO ANO DE 2013** de autoria do aluno **ANDRÉA DIAS NASCIMENTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – Área URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny
Orientador da Monografia

Profª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profª. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS-SC
2014
DEDICATÓRIA

Dedicado ao meu filho amado, Enzo Felipe, meu anjo azul.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que nos permite.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS.....	25

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Percentual dos episódios de crises convulsivas por gênero.....	18
Figura 2. Percentual dos episódios de crises convulsivas por a faixa etária das crianças.....	19
Figura 3. Percentual dos episódios de crises convulsivas por tipo.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de casos de tipos de crises e gênero das crianças.....	21
Tabela 2. Quantidade de crises convulsivas e faixa etária das crianças.....	22

LISTA DE SIGLAS

PAI – Pronto Atendimento Infantil

CF – Convulsão Febril

CFC – Convulsão Febril Complexa

CFS – Convulsão Febril Simples

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi traçar um perfil dos atendimentos de crise convulsiva no Pronto Atendimento Infantil de Macapá Dr Iacy Alcântara, no ano de 2013, observando variáveis como idade, sexo e tipo de maior incidência. Para o presente estudo, foram coletados dados através de 299 fichas de atendimentos e prontuários dos casos de crises convulsivas ocorridos no ano de 2013. Analisando os resultados obtidos com o estudo realizado, observou-se que a maioria dos casos de crise convulsiva, 54% ocorreram em pacientes do sexo masculino, com relação a faixa etária, a maior ocorrência, 80% acontece em crianças entre 0 a 5 anos de idade. Quanto ao tipo de crise convulsiva de maior incidência, com 71% dos casos aparecem as febris. Diante dos resultados para conhecimento do perfil de nosso atendimento dos referidos casos, tomou-se a decisão de intensificar as orientações aos pais e responsáveis durante a fase pós crise, da importância de medidas simples que visem a diminuição da temperatura corporal, como compressas, banhos e antitérmicos prescritos, objetivando dessa forma a evitar uma nova crise, assim como também a procura por atendimento em Unidades Básicas de Saúde mais próximas.

Palavras-chave: Crises convulsivas, Crianças e Pronto atendimento de enfermagem

1 INTRODUÇÃO

A crise convulsiva infantil está ligada a uma alteração no funcionamento do sistema nervoso central e sua manifestação difere em grau e intensidade na criança segundo a faixa etária, podendo resultar em sequelas por toda a vida. Em crianças, a crise pode estar ligada a sérias complicações neurológicas e na maioria das vezes, sua etiologia é desconhecida e o diagnóstico é retardado, interferindo diretamente no desenvolvimento neuropsicomotor.

Estudos populacionais nos Estados Unidos e Europa apontam que 2 a 5% das crianças apresentam pelo menos uma crise convulsiva febril antes dos 5 anos, sendo a maioria dos 6 meses aos 3 anos, esse conhecido como período crítico onde há mais excitabilidade cerebral, provavelmente ligado à facilitação dos processos de aprendizagem (HAUSER, 1990).

Portanto, é necessário que durante a crise convulsiva, a equipe de atendimento avalie as circunstâncias em que a mesma foi desencadeada e apresente habilidades técnicas e conhecimento científico suficiente para identificar e elaborar um plano de assistência imediata em situações nas quais a criança se encontra.

O presente trabalho foi concretizado no Pronto Atendimento Infantil (PAI) em Macapá, onde foi realizado um levantamento das ocorrências, registradas nos prontuários, de crises convulsivas e suas variáveis como idade, sexo e tipo de crise de maior incidência. O objetivo foi trabalhar junto aos profissionais de saúde envolvidos neste atendimento visando que os mesmos realizem trabalhos de orientações aos pais e familiares quanto à importância do controle da temperatura com medidas simples como banhos e compressas e antitérmicos prescritos pelo médico até que se chegue à unidade de saúde mais próxima. Visa também evitar o risco de ocorrência de uma nova crise, assim como orientação nos casos de crianças que apresentem quadros que levam a crises febris. Orientar como proceder ao acompanhamento do profissional especializado, no caso o neuropediatra, visando através do tratamento medicamentoso minimizar as crises e espaçar o intervalo das mesmas buscando uma melhor qualidade de vida e segurança a estes pacientes.

Assim, o tema proposto foi relevante para o campo científico, uma vez que seu desenvolvimento forneceu evidências para direcionar a assistência de forma mais sistematizada, qualificando todo o cuidado prestado.

Partindo da reflexão introdutória apresentada, este estudo teve por objetivo traçar um perfil dos atendimentos de crise convulsiva no pronto atendimento infantil de Macapá no ano de 2013, observando variáveis como idade, sexo e tipo de maior incidência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para definir a crise convulsiva torna-se mais viável caracterizá-la como um sinal de alerta que desencadeia atitudes dirigidas ao diagnóstico e tratamento de afecções neurológicas subjacentes, com questionamentos que relacionem o prognóstico neurológico e a utilização de medicações anticonvulsivantes. Os autores consideram ainda que as características clínicas, etiológicas e o prognóstico são peculiares na infância (KNOBEL, *et al.*, 2005).

Crises convulsivas representam a manifestação neurológica mais frequente nos departamentos de emergência, correspondendo a cerca de 1-5% dos atendimentos, excluindo-se o trauma (CASELLA *et al.*, 2003). Aproximadamente 80% das crises agudas em crianças cessam antes do atendimento hospitalar, não necessitando qualquer tratamento com anticonvulsivantes no serviço de emergência. Por outro lado, grande parte dos episódios que apresentam duração maior que 5 minutos persistirão por mais de 20-30 minutos, podendo implicar em riscos de lesão não só do sistema nervoso central como também sistêmico (LOWENSTEIN *et al.*, 1999).

As convulsões resultam de uma descarga neural excessiva, não sincronizada, e não necessariamente de uma doença em si (TAMEZ & SILVA, 2006). A crise convulsiva deve-se a alguns processos fisiológicos e patológicos, os quais podem influenciar na origem da epilepsia, como a febre, fatores metabólicos, ativação sensorial, fatores emocionais, ritmos circadianos e fatores hormonais. Tais fatores poderão resultar em alterações significativas da atenção em crianças epiléticas (FERREIRA *et al.*, 2006).

A fase de crescimento e desenvolvimento associada ao período de maturação do sistema nervoso ainda em processo faz com que as crianças estejam mais vulneráveis às crises convulsivas que os adultos (ROSA, 1997). A propensão que as crianças têm às crises deve-se à falta de sistemas inibitórios no sistema nervoso central, as crises precoces status epilético. (BRASIL, 2000).

Antes e durante uma crise convulsiva, a equipe deverá avaliar as circunstâncias em que a crise foi desencadeada, como estímulos visuais, auditivos, olfatórios, estímulos táteis, distúrbios emocionais ou psicológicos, sono e hiperventilação. (RODRIGUÉZ, 2002).

Convulsão febril (CF) ocorre na infância, geralmente entre os 3 meses e 5 anos de idade, associada à febre, na ausência de infecção intracraniana ou de outra causa neurológica definida, excluindo-se as crianças que tenham tido previamente convulsões afebris (HIRTZ *et al.*, 1997).

A taxa de incidência de CF em crianças com menos de 5 anos é muito variável, entre 2% e 5% na Europa e Estados Unidos, 8% no Japão, 1% na China e 2% em Taiwan.(RAYMOUND *et al.*, 1997).

Em 1976, Nelson e Ellenberg, a partir de dados do Collaborative Nacional Project Perinatal, definiram Convulsões Febris como sendo simples (CFS) ou complexas (CFC). CFS foram definidas como crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas primárias com duração inferior a 15 minutos que não recorrem dentro de 24 horas. As CFC foram definidas como focais, prolongadas (> 15 minutos), e/ou recorrentes nas primeiras 24 horas. As crianças que apresentavam CFS não tinham evidência de aumento da mortalidade, hemiplegia, ou alterações no desenvolvimento mental. Durante a avaliação de seguimento, o risco de epilepsia após uma CFS demonstrou-se ser apenas ligeiramente maior do que a da população em geral, enquanto o risco de recidiva de CFS ocorre em um terço das crianças. Os autores concluíram que as CFS são eventos benignos com bom prognóstico, uma conclusão reafirmada na declaração de consenso 1980 da ILAE, que continua a ser atualmente aceite e utilizada (ENGEL, 2006).

Os dados acerca da recorrência são muito variáveis, tendo como fatores de risco, idade inferior a 15 meses é quando da primeira convulsão, menor temperatura na primeira CF, curto intervalo entre o início da febre e a primeira CF, paciente do primeiro grau com epilepsia, doença febril frequente, primeira CFC e atendimentos recorrentes em unidades de saúde (VARMA, 2002).

Segundo Guerreiros (2002), Quanto à recorrência, pode-se dizer que 70% das crianças terão apenas uma crise, 20% delas terão duas CF, e apenas 10% terão chance de apresentar várias CF. O risco de recorrência da crise febril varia em torno de 30%, sendo mais comum entre seis meses e três anos de idade. Além disso, a chance de recorrência diminui com o passar do tempo. Segundo Nelson e Ellenberg, 50% das crianças apresentam a segunda crise febril até seis meses após a primeira, 75% em um ano e 90% em dois anos.

Os fatores de risco para recorrência mais importante são idade precoce da primeira crise, história familiar de crise febril, temperatura (inversamente proporcional ao grau) e duração do período febril (quanto menor o período, maior a chance de recorrência) (BERG *et al.* 1990).

O risco para CF está associado a muitos fatores, dentre os quais a história familiar^{1,4,7,8,10}, apesar de não se ter conhecimento do grau de importância desta relação (CHIU *et al.*, 2001). A história familiar para crises constitui importante fator de risco, tanto para recorrência das CF como para desenvolvimento de epilepsia (LING, 2001). Diversos estudos têm descrito a associação de algumas síndromes epiléticas e a CF, indicando a possibilidade de alterações genéticas semelhantes em ambas (GUILHOTO *et al.*, 2005)

A etiologia e patogênese da CF ainda não estão totalmente elucidadas, particularmente ao nível molecular. No entanto, alguns aspectos ambientais são considerados essenciais para o desenvolvimento da doença. A causa subjacente do processo infeccioso não parece ser um fator determinante. Vários estudos referem uma relação frequente entre CF e infecções bacterianas ou virais ou ainda com a administração de vacinas (SUGAI, 2010).

Complicações maternas durante a gravidez (pré-eclampsia e diabetes gestacional), parto pré-termo, baixo índice de apagar ao 1º e 5º minuto, baixo peso ao nascer e exposição a fatores ambientais como fumo do tabaco, e consumo de café e bebidas alcoólicas têm sido incluídos entre os fatores associados ao risco aumentado de CF (SUGAI, 2010).

Apesar da definição de CF incluir a presença de febre, não há evidência do nível de febre requerido. Apenas se sabe que as crianças com CF têm uma produção aumentada de citocinas pró-inflamatórias no sistema nervoso central, como a interleucina 1 β que pode induzir convulsões. A presença de febre é, naturalmente, essencial, embora o mecanismo de ação seja ainda desconhecido. As convulsões normalmente desenvolvem-se nas primeiras 24h de febre e correlacionam-se mais com a velocidade de início do pico da temperatura (GUERREIRO, 2002).

No período que sucede a crise, a Enfermagem deve oferecer estímulos verbais e visuais, verificando se o paciente consegue obedecer aos comandos simples e complexos, avaliando também se há ou não comprometimento da memória e da consciência (JESUS & NOGUEIRA, 2008).

Como a administração de anticonvulsivantes é parte da assistência, o profissional deve saber da importância de observar os efeitos colaterais deles, como a irritabilidade, agressividade, distúrbios de memória, que geralmente são notados no pós-crise (YACUBIAN, 2002).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa de modo a tratar os dados de forma sistemática e estabelecer relações entre as diversas variáveis. A metodologia seguida foi de Análise de Conteúdo e dados obtidos.

O estudo foi realizado no Pronto Atendimento Infantil de Macapá –PAI- Doutor Iacy Alcântara tendo como ano de estudo o de 2013, que é a porta de entrada das urgências e emergências para a população infantil. Trata-se de um serviço, credenciado pelo Sistema Único de Saúde, referência no atendimento em saúde. O PAI recebe uma grande demanda de crianças de toda a região do estado do Amapá e adjacências como alguns municípios do Estado do Pará, como Afuá.

A coleta de dados foi realizado através da análise de 299 fichas de atendimento (ANEXO 1) de crianças de zero a doze anos que procuraram atendimento no PAI, pois apresentaram episódio(s) de crise convulsiva, no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013, que foram encontradas no livro de registros de procedimentos da Unidade.

A realização da pesquisa documental deu-se no mês de fevereiro de 2014, e pelos dados obtidos viu-se a importância de trabalhar junto aos profissionais envolvidos, durante seus plantões no PAI, com objetivo que os mesmo realizem um atendimento de orientação aos pais e familiares quanto ao controle da temperatura com medidas simples como banhos e compressas e antitérmicos prescritos pelo médico até que se chegue à unidade de saúde mais próxima sem o

risco de ocorrência de uma nova crise, assim como orientação nos casos de crianças que apresentem quadros que levam a crises afebris para proceder ao acompanhamento com profissional especializado, no caso o neuropediatra, visando através do tratamento medicamentoso minimizar as crises e espaçar o intervalo das mesmas buscando uma melhor qualidade de vida e segurança a estes pacientes.

Foi emitido um documento (ANEXO 2) a Direção do Hospital da Criança e do Adolescente de Macapá (que se trata da parte clinica do pronto atendimento) solicitando autorização para buscar subsídios para o referido estudo junto aos documentos, sem informar nome dos menores envolvidos, apenas as variáveis acima descritas. Após autorização da direção do hospital, iniciou a fase de coleta dos dados nas fichas de atendimento.

As informações colhidas nesta investigação foram organizados em planilhas do *software Microsoft Office Excel® 2007* sendo que os mesmos foram apresentados na forma de porcentagem nos gráficos, com a finalidade de sistematizar o levantamento de informações e, ao mesmo tempo, expor os resultados obtidos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após a coleta de dados, diretamente nos registros da unidade, digitação e análise estatística, caracterizaram-se os atendimentos e procedimentos prestados no Pronto Atendimento Infantil, no ano de 2013. Destaca-se que dos 299 atendimentos realizados, a maioria (54%) são do sexo masculino, conforme mostra a **Figura 1**.

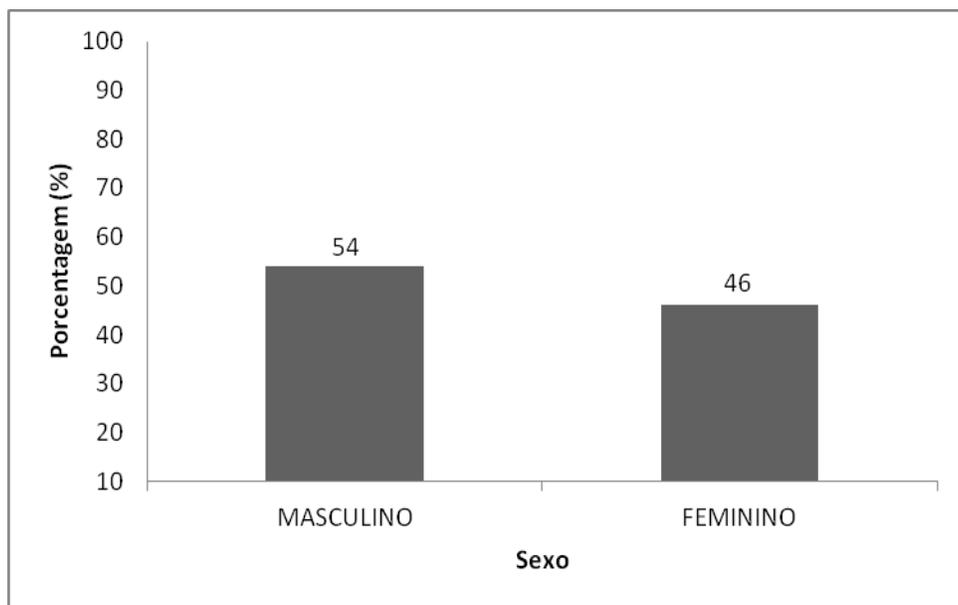


Figura 1: Percentual dos episódios de crises convulsivas por gênero.

A análise quanto ao gênero mais prevalente das convulsões febris em nosso estudo não foi significativa. Entretanto, alguns estudos relatam que as convulsões febris ocorrem mais frequentemente no sexo masculino (CHIU, 2001). Ling (2001) indica maior prevalência do sexo masculino (61,2%) em relação ao feminino (38,8%).

A **figura 2** mostra dados referentes à faixa etária da amostra deste estudo. Pode-se observar que a maioria (80%) das crianças tem de 0 a 5 anos de idade. Sugai *et al* (2010) e Nguefack *et al* (2010) estabelecem relação entre a idade, o grau de maturidade cerebral e a febre, o que pode ser explicado pela relação existente entre a hiperexcitabilidade neuronal induzida pela

febre num cérebro imaturo, o que à semelhança do nosso estudo, explica a elevada incidência de CF em crianças na faixa etária dos 12 aos 18 meses de idade.

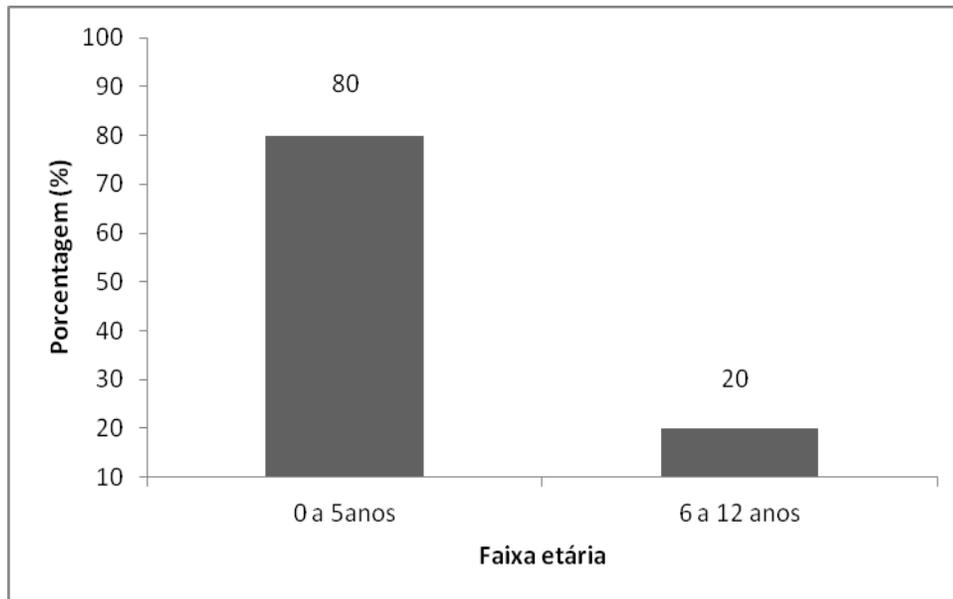


Figura 2: Percentual dos episódios de crises convulsivas por a faixa etária das crianças.

Segundo Berg *et al.* (1990) a crise convulsiva acomete crianças de seis meses a cinco anos de idade, sendo que 90% dos casos apresentam a primeira crise entre 9 e 18 meses de idade. Entre 2% e 5% das crianças menores de cinco anos sofrem, em algum momento, uma crise convulsiva febril. Já no estudo de Casella *et al.* (2003), 50% das crianças com crises convulsivas febris tinham menos de 20 meses à ocorrência do primeiro episódio e o pico de ocorrência das crises foi de 28,2 meses de idade. De acordo com Chiu *et al.* (2001), a primeira convulsão febril ocorre em média entre os 17 e os 23 meses.

O fato de a crise febril ocorrer em faixa etária bem estabelecida é uma das características mais marcantes desta entidade. Embora o cérebro imaturo seja mais susceptível a crises epiléticas, a crise febril não pode ser atribuída a este fator e este limite de idade, embora nem sempre seja respeitado, segue com motivos obscuros (Manreza *et al.*, 2003).

Com relação ao tipo de crises convulsivas foi verificado quanto ao estado febril e afebril, e observa-se na **Figura 3** que a maioria (71%) das crises são febris. Um aspecto importante das

crises febris é que ela sempre ocorre em vigência de um processo infeccioso qualquer, que não seja do sistema nervoso central. As infecções viróticas são causas mais comuns que as bacterianas, mas isso provavelmente se deve a sua maior incidência na prática clínica. Além disso, a literatura admite como crise febril aquelas que ocorrem em virtude da febre por imunizações, sobretudo DPT (pelo componente pertussis) e tríplice viral (pelo componente sarampo) (Manreza *et al.*, 2003).

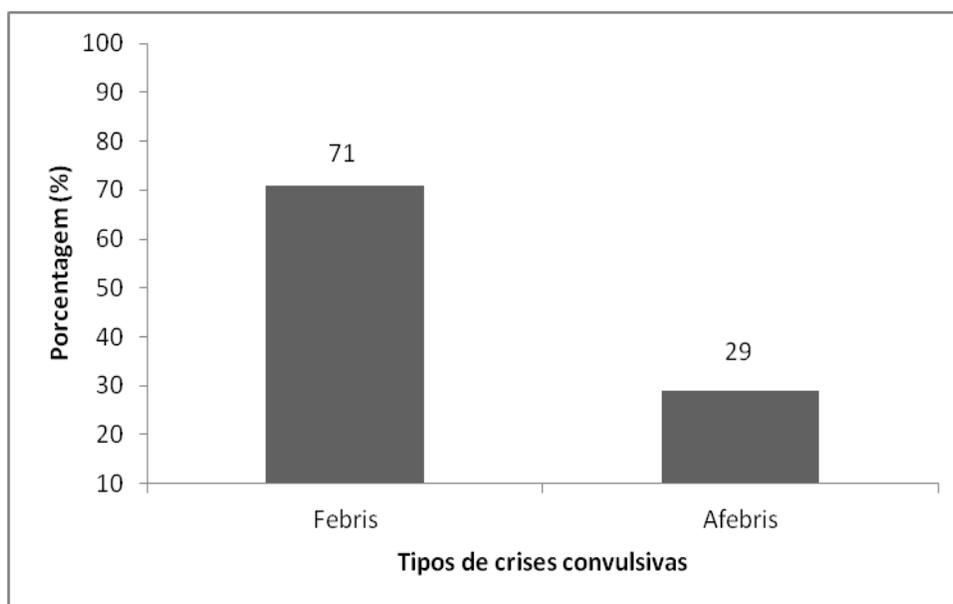


Figura 3: Percentual dos episódios de crises convulsivas por tipo.

Neste estudo foram analisados os números de casos de crises convulsivas relacionando a faixa etária das crianças com o tipo de crises, e observamos na **Tabela 1**, que a maioria é do sexo masculino e do tipo febril.

As CF são o tipo de crises convulsivas mais comum em crianças saudáveis com menos de 5 anos de idade. No entanto, se compararmos a taxa de ocorrência das CF com o total de episódios de febre que uma criança tem, as CF **não** são frequentes. Mesmo na idade de risco (dos 6 meses aos 5 anos), mais de 98% dos episódios febris não se complicam de convulsões. Nos primeiros 6 anos de vida, nos países ocidentais, 2 a 5% das crianças saudáveis terá, pelo menos,

uma CF. Destas, cerca de dois terços terá uma única CF, 15% terá duas crises e 7% mais de duas (FIGUEIREDO, 2003).

De acordo com Berg *et al.*(1990), 50% do risco de desenvolvimento de crises convulsivas concentra-se na infância e adolescência. Na infância, as taxas são maiores no primeiro ano de vida, diminuindo levemente até a adolescência. O risco acumulado aos 15 anos de idade é de 1%, na fase adulta, essa taxa diminui, voltando a elevar-se após os 50 anos, provavelmente pela maior incidência de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral.

Tabela 1 – Quantidade de casos de tipos de crises e gênero das crianças.

		TIPO DE CRISES CONVULSIVAS		
		Febril	Afebril	
GÊNERO	0 a 5 anos	155	82	237
	6 a 12 anos	24	38	62
		179	120	299

Após os dados tabulados e resultados obtidos observou-se a necessidade de incentivar a vigilância médica e o aconselhamento dos pais acerca da atuação perante uma elevação da temperatura das crianças, reforçando a importância dos fatores de risco. Portanto observou-se a importância de um trabalho junto à equipe de saúde de plantão (enfermeiros e técnicos de enfermagem) para mostrar os resultados e reforçar a necessidade de sempre orientar os pais ou responsáveis dessas crianças quanto à importância do controle da temperatura com medidas simples como banhos e compressas e antitérmicos prescritos pelo médico até que se chegue à unidade de saúde mais próxima sem o risco de ocorrência de uma nova crise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que dos casos de crises convulsivas atendidos todos os dias no Pronto Atendimento Infantil de Macapá, um número não tão alto, mas considerável apresenta crise convulsiva recorrente, principalmente nos casos afebris. Isso pode ser justificado devido à falta de controle na administração dos anticonvulsivantes assim como da inadequação da dosagem dos mesmos em decorrência da descontinuidade das consultas com o neuropediatra. Algumas vezes, por falta de condições de locomoção (alguns casos são provenientes do interior do Estado) outras vezes, por dificuldade na marcação das consultas por uma demanda excessiva ou até mesmo por falta de interesse ou resistência dos pais e responsáveis à essa necessidade. Estes fatos ocasionam uma diminuição do intervalo entre as crises e o descontrole das mesmas. Nos casos de crise convulsiva febril o que desencadeia uma nova crise está ligado ao fato do desconhecimento dos pais e responsáveis quanto ao controle da temperatura corporal o que leva ao aumento excessivo da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais ocasionando a crise.

As crises convulsivas afebris encontram-se associadas às patologias neurológicas, infecções intracranianas e problemas congênitos e ao nascimento, o que ocasionará crises de repetição e necessitam de acompanhamento médico e tratamento com anticonvulsivantes. Já no caso das crises convulsivas febris, como o nome diz, ocorrem na presença de febre alta e estão geralmente associadas às infecções das vias aéreas superiores dentre elas amigdalites e otites.

No presente estudo houve concordância com a literatura em vários resultados semelhantes. Assim sendo, acredita-se que o mesmo foi relevante para o campo científico, uma vez que seu desenvolvimento forneceu evidências para direcionar a assistência para os profissionais de saúde. Em trabalhos futuros seria de toda utilidade se fazer um trabalho mais amplo em redes de atenção básica para fazer orientação aos pais enquanto aguardam consultas, tendo como exemplo as palestras.

REFERÊNCIAS

Bardin L. **Análise de conteúdo**. 70a ed. Lisboa: Persona; 1977.

Berg AT, Shinnar S, Hauser WA, Leventhal JM. **Preditores de convulsões febris recorrentes: uma revisão metanálises**. J Pediatr, 116:329-37, 1990.

Brasil MGN. **Ocorrência de transtornos psiquiátricos em crianças epiléticas**. [Tese de livre docência]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

Casella EB, Simon H, Farhat SCL. **Convulsões no Pronto Socorro**. In: Marcondes E. *Pediatria Básica*. 9a ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

Chiu SS et al. **Influenza A infection is an important cause of febrile seizures**. Pediatrics 2001; 108 (4):e63.

Engel J Jr. **ILAE Classification of epilepsy syndromes**. Epilepsy Res. 2006 Aug;70 Suppl 1:S5-10. Epub 2006 Jul 5.

Ferreira DM, Toschi LS, Souza TO. **Distúrbios de linguagem e epilepsia. Estudos**. 2006;33 (5/6): 455-71.

Figueiredo NMA. **Ensinando a cuidar da criança**. 5ª ed. São Caetano: Difusão Enfermagem; 2003.

Guerreiro MM. **Tratamento das crises febris**. Jornal de Pediatria 2002; 78 (Supl 1): 9 – 13.

Guilhoto LMFF, et al. **Ensaio: o pediatra frente à crise epilética febril**. *Pediatria (São Paulo)* 2005; 27 (2): 103 – 13.

Hauser WA. **Status epilepticus: epidemiologic considerations**. *Neurology* 1990;40 (suppl 2): 9-13

Hirtz DG, Camfield CS, Camfield PR. **Febrile convulsions**. In: Engel Jr. J & Pedley TA, editores. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.2483-8.

Jesus MBP, Nogueira VO. **Assistência de enfermagem aos pacientes sob investigação de epilepsia submetidos ao Vídeo-EEG prolongado**. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2008;14(4): 171-5.

Knobel E, Stape A, Troster EJ, Deutsch AD. **Terapia intensiva: Pediatria e Neonatologia**. São Paulo: Atheneu; 2005.

Ling SG. **As características clínicas e fatores de risco para um complexo de primeira convulsão febril**. Singapore Med J 2001; 42(6): 264 – 267.

Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL. **It's time to revise the definition of status epilepticus**. Epilepsia 1999; 40: 120-22.

Manreza MLG, Grossmann RM, Valério RMF, Guilhoto LMFF. **Epilepsia (infância e adolescência)**. São Paulo: Lemos Editorial; 2003. p.207-28.

Raymond D, Maurice V, Allan R. **Princípios de Neurologia**. 6th ed. International Edition; 1997

Rodríguez JM. **Guias Práticos de Enfermagem – Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2002.

Rosa ML. **Obstáculos percebidos por pais e professores no atendimento das necessidades de crianças com epilepsia**. Rev Lat Am Enfermagem. 1997;5:37-44.

S. Nguéfac, C.A. Ngo Kana, E. Mah. **Aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques des convulsions fébriles**. Archives de Pédiatrie 2010;17:480-485

Sillanpää M, Camfield P, Camfield C, Haataja L, Aromaa M, Helenius H, Rautava P, Hauser WA. **A incidência de convulsões febris na Finlândia: estudo de base populacional prospectivo**. Pediatr Neurol. 2008 Jun;38(6):391-4.

Sugai K. **Gestão atual de convulsões febris no Japão: uma visão geral**. Brain Dev. 2010 Jan; 32(1):64-70. Epub 2009 Oct 22.

Tamez RN, Silva MJP. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Varma RR. **Convulsões Febris**. Indian J Pediatr, 2002 Aug;69(8):697-700.

Yacubian EMT. **Epilepsia na infância, drogas antiepilépticas, prognóstico**. J Pediatr. 2002;78 (Supl.1): S19-27.

ANEXOS

**ANEXO 1: MODELO DE FICHA DE ATENDIMENTO, QUE FOI REALIZADO A
COLETA DE DADOS**

**ANEXO 2: DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO PRONTO
ATENDIMENTO INFANTIL DE MACAPÁ DR IACY ALCÂNTARA**

À Diretora do Hospital da Criança e do Adolescente

Venho solicitar a Vossa Senhoria, autorização para realização do estudo de casos para a conclusão do curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência, ministrado pela Universidade Federal de Santa Catarina, projeto esse desenvolvido para qualificação de profissionais de enfermagem para a atenção Rede Integrada do SUS.

O tema a ser desenvolvido será de ***PESQUISA DE CASOS DE CRIANÇAS COM CRISE CONVULSIVA NO ANO DE 2.013***; portanto necessito de dados e acesso aos prontuários desta Unidade Hospitalar.

Desde já, agradeço sua atenção e certa de sua colaboração.

Macapá-Ap, 26 de fevereiro de 2.014.


Maria Lúcia Viana de Souza
Enfermeira
COREN/Ar - 134950

Joelma Pereira de Souza
Diretora do Hospital da Criança
Decreto nº 0307 de 28/01/2014

