



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Um Percurso (Re) Construtivo: de Iniciada a Especialista

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Ana Sofia Borges Martins Guimarães

Porto, Março de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Um Percurso (Re) Construtivo: de Iniciada a Especialista

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Ana Sofia Borges Martins Guimarães

Orientado por: Mestre Maria Isabel Quelhas

Porto, Março de 2011

Os grandes Homens não nasceram na grandeza: **engrandeceram**.

(Puzo M, 2000)



RESUMO |

Este Relatório de Estágio no sentido da obtenção do grau de Mestre, surge no âmbito do Curso Pós - Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria decorrido no Instituto de Ciências da Saúde, como resposta crítico-reflexiva sobre a aquisição e consolidação das Competências que figuram no seu Plano de Estudos, exigidas ao Enfermeiro Especialista. O percurso de Estágio efectuado – desde 19.04.2010 a 29.01.11 - quer na comunidade (Centro de Saúde da Senhora da Hora) quer em ambiente hospitalar [Serviço de Neonatologia (Maternidade Júlio Dinis), Serviço de Urgência Pediátrica (Hospital de São João) e Serviço de Pediatria B (Hospital de São João)], fortaleceu este desenvolvimento de Competências, promovendo o aumento da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Assumindo o cerne da disciplina de Enfermagem como a resposta humana a processos de vida e eventos de doença, neste percurso profissionalizante foi instituída esta intencionalidade: a de particularizar um Foco da Prática, no sentido da obtenção de ganhos em saúde sensíveis a Cuidados de Enfermagem. Uma reflexão aprofundada sobre a Parentalidade, esmiuçando o seu processo de transição, os contextos que lhe conferem vulnerabilidade e casos explícitos de comprometimento do Foco, afiguraram-se como importantes descrições no relato deste percurso, para assim facilitar a compreensão dos objectivos delineados e das estratégias adoptadas no sentido da sua promoção.

O término deste percurso permitiu concluir sobre o atingimento das Competências necessárias ao Enfermeiro Especialista, no contexto de: maximização da saúde e resposta às necessidades do ciclo vital da Criança/Jovem bem como a assistência de situações de especial complexidade, objectivando sempre o Cuidado Centrado na Família.

Descritores: *Percurso Profissionalizante, Competências, Enfermeiro Especialista, Pediatria, Parentalidade, Família.*



ABSTRACT

This Final Report emerges from the Pediatric Nursing Postgraduate Course – aiming the Master degree, held at the Instituto de Ciências da Saúde, as a critical-reflexive answer about the Competences acquisition and consolidation, required to the Specialist Nurse. The performed internship course – since 19.04.2010 to 29.01.11 – whether on community (Centro de Saúde da Senhora da Hora) or in hospital environment [Serviço de Neonatologia (Maternidade Júlio Dinis), Serviço de Urgência Pediátrica (Hospital de São João) and Serviço de Pediatria B (Hospital de São João)], strengthened this Competences development, promoting the security and the caring quality increase.

Assuming the human answer to life processes and illness events as the core of Nursing subject/focus, has been instituted in this vocational pathway the intention of delegate a Practice Focus, with the purpose of achieve sensitive gains in Nursing Care. A deep reflection about Parenting, scrutinizing is transition process, the circumstances that gives it is vulnerability and explicit focus commitment, appear as important descriptions in this course testimony, to facilitate the comprehension of the proposed aims and the adopted strategies with the purpose of its promotion.

The end of this course allowed the conclusion about the achievement of the necessary Competences to the Nursing Specialist, such as: health maximization and answer to the Child/Juvenile vital cycle necessities, as well the support in special complexity situations always with the aim of the *Centred Care in Family*.

Key Words: *Professional Pathway, Competences, Specialist Nurse, Pediatrics, Parenting, Family.*



Agradeço...

À Prof.^a Isabel Quelhas:

a disponibilidade ofertada, a confiança instilada e a cumplicidade das simples palavras...

Aos meus Pais, Irmão e Tia:

*A paciência com que me olharam,
o amor com que me acolheram e a escuta que me ofereceram incondicionalmente...*

Ao meu Namorado:

Por ter Cuidado tão bem de mim...

A todos os Amigos:

Por terem ficado mesmo quando eu tive que partir...

A todas as Crianças e Pais de quem Cuidei:

*Pelos sorrisos, pelo toque, pelas alegrias e
pelas lágrimas confidentes, que tatuaram este caminho.*

Um Caminho de (Re)Construção do Eu.



|LISTA DE SIGLAS

MESIP | Mestrado Especializado em Saúde Infantil e Pediatria

ESIP |Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

CPLESIP | Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

REPE | Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

O.E. |Ordem dos Enfermeiros

SIECE | Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

HPH | Hospital Pedro Hispano

PNV | Plano Nacional de Vacinação

SAPE | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

IACP | Inquérito sobre Aquisição das Competências Parentais

CS | Centro de Saúde

ULSM | Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UCIP | Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

SAV | Suporte Avançado de Vida

SUP | Serviço de Urgência Pediátrica

SOG | Sonda Orogástrica

VNI | Ventilação Não – Invasiva

CVC | Cateter Venoso Central

CIPE | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

SIE | Sistemas de Informação em Enfermagem

PAIF | Plano de Ajuda e Intervenção Familiar

NACJR | Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OBS | Observação

UCIN |Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SU | Serviço de Urgência

EESIP | Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria



CVP | Cateter Venoso Periférico

AES | Acções de Educação para a Saúde

PNSE | Plano Nacional de Saúde Escolar

USF | Unidade de Saúde Familiar

DGS | Direcção Geral de Saúde

CPCJ | Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

EB | Escola Básica

UCC | Unidade de Cuidados à Comunidade

ICS | Instituto de Ciências da Saúde

ENE | Encontro Nacional de Enfermagem

CPR | Conselho Português de Ressuscitação

CPAP | Continuous Positive Airway Pressure

MJD | Maternidade Júlio Dinis

CD | Compact Disc

OMS | Organização Mundial de Saúde



|LISTA DE ABREVIATURAS

Prof.^a | Professora

Séc. | Século

Vs | Versus

Sr. | Senhor

Enf.^o | Enfermeiro



|LISTA DE FIGURAS

Figura n.º 1 | Relação entre o Perfil de Competências da OE e do CPLESIP com os **19**
Objectivos Específicos de cada Módulo e Suas Actividades Conducentes.



ÍNDICE

0 Introdução	14
1 Referencial Teórico: Vulnerabilidades na Transição e (Re)Construção da Parentalidade	15
2 Percurso de Actividades Conducentes ao Atingimento de Objectivos Específicos e Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista:	18
2.1 Domínio da Prestação de Cuidados	20
2.2 Domínio da Formação	51
2.3 Domínio da Investigação	56
2.4 Domínio da Gestão	59
3 Considerações Finais	66
4 Bibliografia	67
ANEXOS	82
I.Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE, desenvolvido na UP	
II.Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE, desenvolvido no Internamento de Pediatria	
III.Caracterização do Contexto de Estágio – Centro de Saúde	
IV.Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - Consulta de Enfermagem	
V.IACP	
VI.Contextualização Teórica sobre a Problemática da Vacinação	
VII.Guia de Orientação Parental sobre o PNV	
VIIICurso de Educação Parental ministrado no Centro de Saúde	
IX.Contextualização Teórica sobre a Massagem Infantil	
X.Flyer: Massagem do Tempo	

- XI. Cartão de Apresentação dos Cantinhos de Amamentação – Remodelado
- XII. Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem – Visita Domiciliária (IACP)
- XIII. Planeamento da AES: *Projecto Pediculose na Escola*
- XIV. Flyer Informativo sobre a Correcta Utilização do Nix e Quitoso
- XV. Relatório Estatístico da Avaliação de Pré-Requisitos/Prova Sumativa e Sessão – *Projecto Pediculose na Escola*
- XVI. Caracterização do Contexto de Estágio do SUP – HSJ
- XVII. Crianças Assistidas na Triagem
- XVIII. Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - Triagem
- XIX. Fenómenos de Enfermagem mais Frequentes nas Crianças Triadas no SUP
- XX. Caracterização do Contexto de Estágio de Neonatologia – MJD
- XXI. Caracterização do Contexto de Estágio do Internamento da Pediatria B – HSJ
- XXII. Crianças Assistidas no Serviço de Neonatologia
- XXIII. Grupos de Patologias mais Frequentes nas Crianças Assistidas no Serviço de Neonatologia
- XXIV. Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - Serviço de Neonatologia
- XXV. Crianças Assistidas no Internamento de Pediatria
- XXVI. Patologias mais Frequentes nas Crianças Assistidas no Internamento de Pediatria
- XXVII. Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - Internamento de Pediatria
- XXVIII. Registo de Actividades Desenvolvidas no Estágio de SUP
- XXIX. Registo de Actividades Desenvolvidas no Estágio de Neonatologia
- XXX. Registo de Actividades Desenvolvidas no Internamento de Pediatria
- XXXI. Descrição de Caso Clínico I – Sala de Emergência
- XXXII. Descrição de Caso Clínico II – Sala de Emergência
- XXXIII. Contextualização Teórica sobre o Contacto Pele-a-Pele: Método Canguru
- XXXIV. Poster *Efeito Canguru* – Serviço de Neonatologia
- XXXV. Contextualização Teórica sobre Efeitos da Musicoterapia no RN Pré-Termo
- XXXVI. Poster sobre *Efeito Mozart* – Serviço de Neonatologia
- XXXVII. Panfleto sobre *Efeito Mozart* – Serviço de Neonatologia
- XXXVIII. CD sobre *Efeito Mozart* – Serviço de Neonatologia
- XXXIX. Vivências de Casos Complexos na Consulta de Enfermagem – Caso I

XL.Vivências de Casos Complexos nas Consulta de Enfermagem – Caso II

XLI.Visita à Casa do Caminho

XLII. Exemplos de Três Casos de Difícil Negociação

XLIII.Crianças Assistidas no SUP - OBS

XLIV.Patologias mais Frequentes nas Crianças Assistidas em OBS - SUP

XLV.Focos e Diagnósticos de Enfermagem mais Frequentes nas Crianças Assistidas em OBS - SUP

XLVI.Guia de Orientação Parental: *Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita*

XLVII.Comunicação através de Linguagem Abstracta no Serviço de Neonatologia – Exemplo de Sinalética

XLVIII.Apresentação de Três Casos Clínicos do SUP – Estratégias de Comunicação

XLIX.Contextualização Teórica do Projecto Jovens em Risco

L.Objectivos Gerais e Específicos do Projecto Jovens em Risco

LI.Plano de Formação do Projecto Jovens em Risco

LII.Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem sobre Maus-Tratos a Crianças/Jovens

LIII.Dinamização do Projecto Jovens em Risco através de Posters no Dia Mundial da Criança

LIV.Dinamização do Projecto Jovens em Risco através da distribuição de Marca - Livros no Dia Mundial da Criança

LV.Fotos alusivas ao Dia Mundial da Criança

LVI.Poster sobre Algoritmo de Encaminhamento das Crianças Vitimas de Maus-Tratos a partir do Centro de Saúde

LVII.Acção de Sensibilização Profissional sobre Maus-Tratos a Crianças e Jovens

LVIII.Avaliação da Sessão de Sensibilização Profissional sobre Maus-Tratos a Crianças/Jovens

LIX.Folha de Avaliação da Sessão da ULS

LX.Relatório Estatístico da Avaliação da Acção de Sensibilização Profissional sobre Maus Tratos a Crianças/Jovens

LXI.Apresentação do Projecto Jovens em Risco ao 3º MESIP – ICS

LXII.Comunicação Livre no ENE: *Projecto Jovens em Risco*

LXIII.Poster no ENE: *Algoritmo de Encaminhamento das Crianças Vitimas de Maus-Tratos a partir do Centro de Saúde*

LXIV. Artigo de Revisão de Literatura: *Viver a Prematuridade*

LXV. Guia Farmacológico para Enfermeiros do SUP/UCIP

0| INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório Final intitulado de *Um Percurso (Re)Construtivo: de Iniciada a Especialista*, surge como uma exigência criteriosa de avaliação e como produto final dos três Módulos de Estágio, inseridos no MESIP 2009/11, sob a orientação da Prof.^a Isabel Quelhas. Com estes três Módulos pretende-se que o Enfermeiro compreenda a dinâmica assistencial à díade criança/família em contexto comunitário, conferindo uma visão integrada e articulada da mesma com os recursos comunitários (Módulo I – Centro de Saúde da Senhora da Hora, no total de 180 horas, desde 19.04.10 a 19.06.10) e em contexto hospitalar, quer na admissão no Serviço de Urgência (Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, no total de 90 horas, desde 04.10.10 a 29.10.10) e internamento (Módulo II – Serviço de Pediatria B do HSJ, no total de 180 horas, desde 29.11.10 a 29.01.11), por doença aguda, crónica inaugural ou crónica agudizada, quer pelo nascimento prematuro da criança, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Módulo III – Serviço de Neonatologia da MJD, no total de 90 horas, desde 02.11.10 a 26.11.10). Além deste privilégio assistencial, impulsiona-se o aluno para uma reflexão aprofundada sobre um Foco da Prática sensível a Cuidados de Enfermagem, ao que este Relatório pretendeu responder com a análise reflexiva sobre a Parentalidade, nomeadamente na assistência de Enfermagem aos pais, na transição para o exercício do seu papel e no *empowerment* da *parentalidade positiva*; bem como à criança, no seio dos *Cuidados Centrados na Família*, em dois contextos diferenciados: o comunitário e o hospitalar.

Com o Relatório Final de Estágio exige-se que o aluno exerça o poder de crítica-reflexiva sobre o *Saber-Ser*, *Saber-Fazer* e *Saber-Saber* em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, relatando com minúcia e descrição as actividades realizadas – desde o planeamento à execução, conducentes aos objectivos específicos delineados para cada Módulo de Estágio, face às competências exigidas ao futuro Enfermeiro Especialista, neste domínio. Este Relatório estratifica-se em duas partes igualmente importantes: um referencial teórico sobre os diferentes contextos da Parentalidade e a descrição do percurso académico e profissionalizante realizado ao longo de todos os Estágios, evocando a capacidade de análise e de articulação entre as actividades executadas, o orquestramento de objectivos específicos e o perfil de competências exigido ao Enfermeiro Especialista.

Este Relatório Final pretende atingir alguns objectivos específicos, como:

- ✿ Reflectir sobre a Parentalidade, como foco da prática sensível a cuidados de Enfermagem;
- ✿ Explicitar e reflectir sobre as actividades delineadas no sentido do atingimento de objectivos específicos, promotoras da aquisição de competências pré-definidas;

1|REFERENCIAL TEÓRICO: VULNERABILIDADES NA TRANSIÇÃO E (RE) CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE

Este Capítulo reflecte a incursão na literatura realizada no domínio da Parentalidade, necessária à correcta compreensão da problemática bem como da intencionalidade impressa em cada Estágio: a sua análise como Foco da Prática, sensível a Cuidados de Enfermagem. Esta Revisão de Literatura pretende espelhar os frágeis contornos deste Foco, em contextos limite, como: a hospitalização emergente ou prematura, o cuidar da criança com doença crónica e alteração da dinâmica familiar, geradora de *stress* entre as pessoas mais significativas. Só compreendendo a magnitude desta problemática em toda a sua vulnerabilidade, poderá o Enfermeiro realizar o *empowerment* da transição para um papel parental positivo, com estratégias de *coping* adequadas à situação vivenciada. Trabalhar questões de Parceria através da *negociação* de cuidados prestados à criança, é o caminho privilegiado a percorrer na Especialização em Saúde Infantil e Pediatria: no sentido promotor dos pais como os principais *caregivers*, nutrido cuidados de excelência veiculados por uma Enfermagem baseada na *evidência*.



Não nascemos pais...tornamo-nos pais (Moro, 2002). A transição para a parentalidade é reconhecida como uma das mais importantes transições no ciclo de vida familiar. Inicia-se com o desejo e a decisão de ter filhos ou com uma gravidez inesperada e não interrompida, prolongando-se até à construção de uma relação triádica e tendo a sua intensidade máxima nos primeiros meses após o nascimento do bebé (Cerveny A *et al*, 2007; Fielden JM *et al*, 2008). O nascimento de um filho implica uma mudança nas circunstâncias em que o Homem vive, revestindo-o de vulnerabilidade e imprimindo em si o sentimento de insegurança face a este novo acontecimento (Meleis AL *et al*, 2002). A passagem do estadio de *cônjuges* para o de *progenitores*, acarreta uma das maiores mudanças pelo que o sistema familiar pode passar (Miller R, 2002), abalando inúmeras vezes a satisfação conjugal do casal (SerafimS *et al*, 2005; Halford W, 2010). Antes da profunda compreensão do fenómeno da Parentalidade, devem compreender-se as motivações que sustentam o desígnio de *tornar-se pai/mãe* pelo casal, como: a *sensação de preenchimento*, a *satisfação do desejo do parceiro*, a *constituição de família*, o *tornar-se parte do amor de ambos* e o *despertar do relógio biológico*; face a outras três que determinam precisamente o contrário, como: a *diminuição da liberdade*, a *satisfação do desejo do parceiro* e a *interferência na carreira profissional* (Langdridge *et al*, 2005; Purewall S & Akker OV, 2007).

O foco do modelo de intervenção cuidativa de Anne Casey assenta na parceria de cuidados com a família, enfatizando os pais como os melhores prestadores de cuidados, quando auxiliados por profissionais acreditados (Ferreira A, 2008). A Parceria objectiva-se na *negociação*, colocando a criança como cerne de todas as intervenções conjuntas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004), visando criar igualdades entre pais e profissionais de saúde. De acordo com Casey, a participação parental no *Cuidar*, inclui o seu envolvimento na tomada de decisão conferindo-lhes controlo da situação, promovendo alguma satisfação que deverá ser monitorizada pelo Enfermeiro no sentido de testar a sua eficácia, de prevenir complicações ou promover o seu encorajamento, bem como um espaço próprio onde estes possam revelar os seus medos e ansiedades (Soares HM, 2008). A vivência no limite da vulnerabilidade e condição frágil é o limbo do exercício do papel parental em situações de doença crónica, emergente e nascimento de uma criança prematura. Esta constatação de fragilidade e falta de controlo sobre o seu filho leva os pais a dois estadios antagónicos: o de aproximação e evicção, espelhando-se cada um deles na sua necessidade de envolvimento e estratégias de *coping*, perante uma situação ameaçadora do bem-estar da criança (Caetano LC *et al*, 2005; Heaman M *et al*, 2006; Sadler LS *et al*, 2003). Estes dois estilos de *coping*, reflectem-se também na necessidade distinta de informação sobre o estado de saúde do seu filho: permitindo aos pais com um *coping de aproximação*, restabelecer o controlo/ predictabilidade e, aos pais com um *coping evitante*, não questionar e não intervir como forma de protecção pessoal (Sadler LS *et al*, 2003). Apesar de adoptarem diferentes estratégias face às ameaças, partilham os mesmos sentimentos contraditórios de culpa, impotência, frustração, esperança e resignação (Sharpe G *et al*, 2006; Rego M *et al*, 2004; Heaman M *et al*, 2006; Tronchin DMR *et al*, 2005). Assumindo como verdades absolutas as afirmações anteriores, reserva-se o lugar para uma questão central: que vulnerabilidades existem, que possam comprometer a transição para a *parentalidade positiva*, em pais de crianças doentes e/ou prematuras (Council of Europe, 2008; Lucon CB, 2008)? Entendemos a díade familiar como uma estrutura complexa, em que imperam os fortes laços afectivos, em que existe cooperação recíproca e se minimizam os conflitos no sentido do bem maior da criança (Cabral HL, 2009), constituindo o palco ideal para o exercício do papel parental. A família, constitui o primeiro alvo atingido com a notícia danosa da existência de uma doença e/ou situação de prematuridade, sendo confrontada com novas exigências, alterações na sua rotina e readaptações constantes, exigindo esforços financeiros, ocupacionais e emocionais desmedidos, susceptíveis de despertar um grau maior ou menor de *stress* familiar (Fraga JC *et al*, 2009). Este desequilíbrio na dinâmica familiar condiciona o nível de envolvimento dos pais nos cuidados prestados ao seu filho, consoante os mecanismos de *coping* existentes (WigertH *et al*, 2006; Wilson M, 2005; O'Brien *et al*, 2009). Espelhando-se a existência de mecanismos de *coping* diferentes, encontramos exercícios de estilos parentais pouco semelhantes, condicionando a construção de parentalidades distintas: devendo por isso ser tratados como pessoas únicas com necessidades individualizadas (WigertH *et al*, 2006; O'Brien *et al*, 2009; Cleveland *et al*, 2008). Para se (re)construir uma

parentalidade positiva em torno de uma criança doente e/ou prematura, é primeiramente necessário que os seus progenitores se adaptem ao seu novo contexto de vida, para posteriormente reconstruírem o seu equilíbrio interior (Fraga JC *et al*, 2009). Numa perspectiva comunitária, o Enfermeiro Especialista desempenha um papel de excelência no que respeita ao auxílio prestado aos pais na fase de transição para a parentalidade, indo de encontro às suas necessidades de aprendizagem/ informação, dotando-os de competências para cuidar do seu filho. Em contexto de hospitalização, no sentido de potencializar estas mesmas competências cuidativas, o Enfermeiro deve estabelecer inicialmente um plano de cuidados que lhes permita assumir o papel principal de cuidador e, seguidamente, através de participação guiada, supervisionar os cuidados prestados no sentido da sua capacitação e aquisição de responsabilidades (Algarvio S *et al*, 2008). Promover os pais como os principais *caregivers* de uma criança doente e/ou prematura, exige do Enfermeiro esta visão aprofundada dos contextos passíveis de acometerem o exercício do papel parental bem como das suas necessidades (Tronchin DMR *et al*, 2006; Algarvio S *et al*, 2008), facilitando a resolução de conflitos e dúvidas bem como o *empowerment* do exercício do papel parental (CoutoFF *et al*, 2009).

A adopção do Enfermeiro de Referência permite a descentralização da autoridade profissional na tomada de decisões partilhada, assegurando a contínua participação da família/criança na planificação dos seus cuidados (Margo A, 2005). Nos Cuidados de Saúde Primários, contrariamente ao contexto hospitalar em que a rotatividade de elementos surge como estratégia impeditiva, perpetua-se a metodologia assistencial do Enfermeiro de Referência com a implementação do Enfermeiro de Família, onde se promovem os pais como os principais prestadores de cuidados, no sentido do correcto crescimento e desenvolvimento da criança. Este é o verdadeiro caminho a percorrer no sentido da excelência da Prática de ESIP bem como da vinculação familiar (Fielden JM *et al*, 2008; Soares HM, 2008), restando sensibilizar os profissionais que ainda resistem à intelectualização dos pais como parceiros no Cuidar (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004). Só cuidando dos pais se caminha para o cuidado efectivo à criança (Aagaard H *et al*, 2008).

2 | PERCURSO DE ACTIVIDADES CONDUCENTES AO ATINGIMENTO DE OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

Este segundo Capítulo espelha a argumentação crítico - reflexiva sobre a aquisição das Competências do Plano de Estudos do CPLESIP, durante o percurso profissionalizante, anunciadas como necessárias ao desenvolvimento do Enfermeiro Especialista. Numa sequência descritiva de acordo com o preconizado pelo REPE e pela Ordem dos Enfermeiros, estas mesmas Competências irão integrar domínios como a *prestação de cuidados*, a *formação*, a *investigação* e a *gestão*, no sentido da inclusão dos Objectivos orquestrados, Específicos de cada Módulo ou Transversais aos Estágios, com as respectivas actividades realizadas em todo o percurso.

Este Capítulo afigura-se como a centralidade do Relatório Final, pretendendo de forma simples e organizada reflectir o desenvolvimento de conhecimentos e competências durante todo o percurso, contributivos para a reconstrução de uma nova identidade profissional: a especialista.



A formação dos Enfermeiros é orientada desde o primeiro ano de Curso para o Planeamento de Cuidados de Enfermagem com base numa metodologia científica, exigindo assim, a aquisição de um conjunto de competências (Santos CE, 2003). *Competência* tem significados distintos como o *saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades [...]* (Cunhal C et al, 2006), assim no domínio de Enfermagem, é definida como um conjunto de características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao Enfermeiro exercer a sua actividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação (Santos CE, 2003).

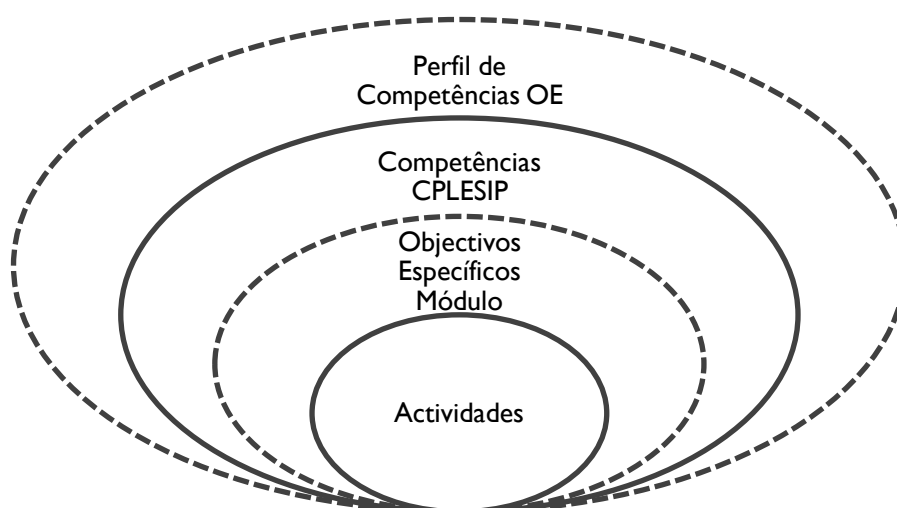
Reconhecendo a centralidade da clínica na profissão de Enfermagem, definida no REPE¹ como *prestação de cuidados*, outras áreas também se apresentam igualmente importantes para o desenvolvimento profissional, como a *formação*, *investigação* e *gestão* (Ordem dos Enfermeiros, 2009): assumindo este Relatório essa sequência descritiva, de acordo com o preconizado como prioritário pela O.E. É urgente confinar visibilidade à profissão de Enfermagem nos tempos de hoje, surgindo nesse desígnio os Enfermeiros Especialistas como elementos-chave, pois serão estes elementos os responsáveis: pela ligação entre a estratégia e a operacionalidade em cada domínio da prática, bem como pela implementação de

¹ Art 9º, n.º2 do REPE (Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro)

medidas que reflectam uma melhoria das mesmas. A formação especializada pugna por tornar possível essa mudança (Santos CE, 2003). Neste espírito de mudança, a OE anuncia uma reorganização das especialidades clínicas, a sua individualização e reconhecimento, assim como delinea competências comuns e específicas nas diferentes áreas de especialidade. Deste modo, de acordo com o SIECE, a área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria irá assumir o desígnio de Saúde da Criança e do Jovem, pautando-se de acordo com o seu alvo de intervenção e eixos organizadores (Ordem dos Enfermeiros, 2009). A expressão de um perfil de competências visa promover um enquadramento regulador para a sua certificação bem como comunicar ao cidadão os padrões de cuidados que podem esperar; determinando para a área de Especialização em Saúde da Criança e do Jovem, três competências específicas do Enfermeiro: **(1)** assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde, **(2)** cuida da criança/ jovem em família nas situações de especial complexidade **(3)** presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Desta forma, este Relatório Final vai tentar articular o Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista preconizado pela OE, com as competências delineadas no plano de estudos do CPLESIP, categorizadas de acordo com domínios (segundo o REPE) integrando os objectivos específicos orquestrados para cada Módulo com as respectivas actividades realizadas.

Figura n.º 1| Relação entre o Perfil de Competências da OE e do CPLESIP, com os Objectivos Específicos de cada Módulo e Suas Actividades Conducentes.



PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM TODOS OS DOMÍNIOS (OE)

Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde :: Cuida da criança/ jovem em família nas situações de especial complexidade :: Presta cuidados

específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2.1| DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O domínio da *Prestação de Cuidados* figura como a centralidade do exercício clínico de Enfermagem. Nesse sentido, a argumentação reflexiva seguinte espelha toda a consciência crítica exercida em torno dos problemas da prática profissional - no âmbito da área da ESIP - bem como a fundamentação do processo de tomada de decisão, atendendo às evidências científicas, responsabilidades sociais e éticas.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente :: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Utilizar o Processo de Enfermagem como método sistemático na resolução de problemas, na assistência realizada à Criança/Família :: Utilizar a linguagem CIPE para documentar toda a assistência de Enfermagem realizada à Criança/Família.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Execução do Processo de Enfermagem: Colheita de Dados :: Diagnóstico :: Planeamento :: Avaliação da Assistência || Realização: de Registos de Enfermagem no SAPE, segundo linguagem CIPE (Centro de Saúde e Neonatologia) :: de Planos de Cuidados de Enfermagem, segundo linguagem CIPE (Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria).



O Processo de Enfermagem é utilizado pelos Enfermeiros como método sistemático da resolução de problemas clínicos (Dutra D, 2009; Silva A, 2001; Sousa P, 2006; Figueiredo MH, 2009), no sentido do desenvolvimento de uma metodologia eficaz em toda a assistência de Enfermagem à Criança/Família. Assim sendo, o Processo de Enfermagem suportou a realização de todas as actividades realizadas nos módulos de Estágio, inclusive a realização de Planos de Cuidados segundo linguagem CIPE, no sentido de facilitar a tomada de decisão. Através da sistematização deste Processo em quatro etapas, na fase de: **(1)** colheita de dados, foi realizada a colheita, análise e síntese de dados em fontes primárias (família) e secundárias

(processo clínico) sobre a díade Criança/Família; (2) diagnóstico de Enfermagem, realizado o julgamento crítico sobre a informação colhida; (3) planeamento, delineado um programa de acção com objectivos definidos e (4) avaliação da assistência, sistemática e planeada, comparando o estado de saúde da criança com os objectivos definidos anteriormente. Como fundamento teórico para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através da utilização de registos num Plano de Cuidados, contribuindo para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos (Slevin T, 2000; Cadê *et al*, 2008; Vasconcelos R, 2008). Os Planos de Cuidados (**Anexo I e II**)² são apresentados como resultado final da sistematização da assistência à Criança/Família, onde se poderá avaliar a implementação das Acções de Enfermagem propostas .

A visibilidade dos cuidados de Enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, é de algum modo incipiente, tornando-se impossível a avaliação do seu impacto em ganhos em saúde. Assim surge a importância do SIE, garantindo que os seus dados integrem os sistemas de informação em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007). O SAPE apresentou-se como um desafio árduo de vencer, dada a sua complexidade de articulação de registos e total in experiência pessoal. Em todos os momentos de registo, quer nas Consultas de Enfermagem quer na Neonatologia, foram realizados esforços pessoais para compreender as categorias e organização dos conteúdos em linguagem CIPE (diagnósticos, intervenções e resultados), a possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados, a articulação entre a linguagem natural e a classificada, a capacidade de resposta a resumos mínimos de dados e a partilha interinstitucional de informação em Enfermagem. O exercício prático da introdução de dados no SAPE, o auxílio incansável dos Enfermeiros e a leitura do documento da OE (2007), intitulado de *SIE: Princípios Básicos da Arquitectura e Princípios Técnico – Funcionais*, fomentaram as competências e habilidades necessárias à correcta introdução e manipulação dos dados de Enfermagem. Em toda a prática de registos electrónicos ou não, desenvolvi medidas de segurança e privacidade dos dados redigidos e orais, no respeito pelo direito dos clientes ao acesso da informação e à confidencialidade.

Durante todo o período de Estágio demonstrei capacidade de trabalhar adequadamente em equipa multi/interdisciplinar, respeitando as hierarquias profissionais e as competências de cada elemento integrante da Equipa de Saúde bem como disponibilidade para a aprendizagem com humildade e aceitação das críticas tecidas.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP :: Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica :: Demonstrar capacidade de reagir perante

²Neste Anexo figuram dois Planos de Cuidados desenvolvidos em contexto de assistência no SUP e Serviço de Neonatologia.

situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP :: Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas/ relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva académica avançada :: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO I

Assistir a Criança/Família na transição nos diferentes processos de vida, segundo a metodologia do Processo de Enfermagem || Desenvolver competências de Educação para a Saúde, de acordo com as necessidades detectadas, à Criança/Família/Educadores e Cuidadores.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I

Realização de: Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil :: Vacinação:: *Guia de Orientação Parental sobre o PNV* :: Visitas Domiciliárias :: Visitas à Casa do Caminho :: Visita ao Serviço de Neonatologia HPH :: Aulas de Massagem Infantil e Recuperação Pós - parto :: um Flyer sobre a *Massagem do Tempo* :: uma Visita ao Cantinho de Amamentação do HPH :: um Cartão – de - visita (ULS) remodelado || Realização: do Projecto *Pediculose na Escola*:: do Planeamento da AES :: do Relatório de Avaliação da Sessão/Formação.



Mudanças na saúde ou na doença do indivíduo fomentam processos de transição, tornando-os mais vulneráveis a danos potenciais e ao risco, afectando a sua capacidade de *coping* (Meleis AL *et al*, 2000). As mudanças surgem como o *trigger* dos processos de transição, catalogando-se como: desenvolvimentais e de *lifespan* (parentalidade), experiências de doença e sócio – culturais, dissociando-se da unidimensionalidade quando surgem de forma múltipla, sequencial ou simultânea: são complexas e únicas (Meleis *et al*, 2000; Meleis AL *et al*, 2002). As Transições funcionam como o cerne da actuação de Enfermagem, sendo necessária a compreensão dos seus factores influenciadores como as percepções e significados das transições para o próprio, bem como as condições pessoais, comunitárias e sociais do indivíduo que o podem influenciar positivamente ou não. Sentir-se ligado ao profissional de saúde, que pode responder às suas dúvidas e questões torna-o mais confortável, assumindo-se como uma experiência de transição positiva (Meleis AL, 2000). A transição para a parentalidade (desenvolvimental e de *lifespan*) é reconhecida como uma das mais importantes no ciclo de vida familiar.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil do Centro de Saúde da Senhora da Hora (Anexo III)³ prioriza a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança bem como a intervenção e encaminhamento precoce, junto de crianças com risco/risco potencial de

³Este Anexo apresenta uma breve caracterização física do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

alterações significativas psicomotoras. Segundo Nunes C. e Gomes R. (2006), o momento da Consulta de Enfermagem favorece a atenção à saúde da criança de forma integral, com possibilidades de abordar o seu crescimento físico, biopsicossocial e espiritual em contexto familiar. Surge assim como um momento privilegiado de contacto entre o Enfermeiro e a criança no seio da sua família e, por isso mesmo, no exercício desta prática profissionalizante, respeitei cada contacto como único e cada partilha como especial. Nas Consultas de Enfermagem realizadas, inúmeros foram os momentos de alegria, de promoção de parentalidade, de contacto com realidades adversas e situações complexas, que promoveram a adopção e desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais. Durante o atendimento às díades e tríades familiares, as competências e habilidades supracitadas na execução da avaliação neurodesenvolvimental da criança, foram sendo incrementadas com a sua prática corrente, no que respeita: à avaliação estatutoponderal (com registo no boletim infantil) e psicomotora da criança (rastreo auditivo, visual e de competências neurológicas e motoras) bem como o cumprimento do PNV (mesmo nas Visitas realizadas à Casa do Caminho), com posterior registo no SAPE. A insegurança inicial do simples toque do bebé confrontou-me com algum receio, da sua possível transferência para os pais que atentamente observavam cada passo meu e questionavam cada intervenção. Os primeiros dias de contacto com a díade familiar foram de extrema complexidade, uma vez que acreditava que todos os pais possuíam mais competências cuidativas do que eu mesma: que me encontrava em fase de (re)construção. Esta insegurança inicial transformava-se numa conduta cada vez mais preventiva e antecipatória no sentido da maximização do desenvolvimento da criança, culminando na confiança, disponibilidade e escuta activa, impressas no relacionamento terapêutico desenvolvido com as famílias. Recolhia e analisava cada informação no sentido de aumentar a segurança das práticas junto das crianças, permitindo lugar para o esclarecimento de dúvidas, prevenção e sinalização de práticas de risco (maioritariamente relacionadas com a segurança infantil, alimentação, amamentação e aleitamento, hábitos de sono/conforto, regulação de transito intestinal e vacinação) (**Anexo IV**)⁴. De acordo com Silva AC (2006), os Enfermeiros concedem maior importância à promoção de cuidados antecipatórios no domínio da alimentação, higiene e conforto do recém-nascido bem como na adaptação ao Papel Parental. Diagnosticando as necessidades de aprendizagem parentais, com a oportunidade de aplicação do IACP (**Anexo V**)⁵ direccionei todos os ensinamentos para a dotação de competências nesses domínios, articulando a natureza do discurso com as dificuldades partilhadas ou percebidas, recorrendo ao reforço positivo e incentivo para a prestação de cuidados cada vez mais competentes ao seu bebé. De acordo com Reis G (2007) estar atento às necessidades dos pais que promovam a participação, evita tensões e conflitos, permitindo que a parceria surja naturalmente. Num ambiente de plena *negociação* no sentido da sua maior independência, minimizando o confronto de poderes: o profissional e o parental, posteriormente

⁴Este Anexo demonstra os Focos da Prática sensíveis a Cuidados de Enfermagem mais frequentes nas Consultas de Enfermagem.

⁵ Este Anexo permite a visualização na íntegra das categorias de conhecimentos parentais sujeitas a avaliação, integrantes do IACP.

à demonstração de uma prática correcta, os pais eram solicitados para a sua realização sobre supervisão, no sentido de perceber se as dificuldades se encontravam ultrapassadas e as competências cuidativas adquiridas, ofertando a possibilidade de uma visita domiciliária tardia para efectivar esse mesmo conhecimento: o da aquisição de competências parentais. A *negociação* de cuidados, envolve assim interacção, consensos e decisão (Collet, 2002). O contacto com realidades adversas e situações complexas, também se efectivou nestas Consultas, através do surgimento de duas problemáticas no domínio da Saúde Infantil: **(1)** a recusa de vacinação por parte dos pais de um recém-nascido, por questões culturais e **(2)** dois casos de negligência parental passiva. No primeiro caso, apesar de algumas abordagens no sentido do seu maior esclarecimento sobre o PNV Português e benefício da vacinação, os pais demonstraram-se irredutíveis na sua tomada de decisão **(Anexo VI)**⁶. De acordo com uma análise reflexiva em torno desta problemática: não devem os pais agir, priorizando o maior interesse da criança face as suas crenças pessoais? Como pode agir o Enfermeiro, no sentido de minimizar as tomadas de decisão parentais infundadas em falsas crenças, no impacto da saúde das crianças? De acordo com Angelo e Bousso (2001), as famílias transportam a cultura da sociedade em que vivem e com a qual se identificam traduzindo estilos de vida, crenças, valores e práticas que condicionam atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, a saúde da família. Após um período de *brainstorming*, foi adoptada uma estratégia para maior esclarecimento sobre o PNV aos pais: a realização do *Guia de Orientação Parental sobre o Programa Nacional de Vacinação* **(Anexo VII)** de acordo com as directivas da DGS (2006), com intuito de os esclarecer sobre os benefícios da vacinação e cuidados pós - vacinais. Esta actividade foi inteiramente aceite pela Equipa de Enfermagem, com o intuito da sua fiel reprodução nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil nas futuras USF, para serem distribuídos aos pais com défices de conhecimento sobre a necessidade vacinal das crianças. Relativamente ao segundo caso anunciado, foram adoptadas estratégias e medidas interventivas no sentido do correcto encaminhamento das crianças vítimas de maus-tratos, descritas seguidamente sob uma óptica crítico - reflexiva, no âmbito do foco: *Parentalidade Comprometida*.

O Curso de Educação Parental ministrado no CS **(Anexo VIII)**⁷ intitulado de *Projecto Bem-me-quer*, pretende dotar os pais das principais competências cuidativas na criança até um ano de vida. Uma vez aplicado o IACP, diagnosticavam-se as áreas mais deficitárias de conhecimento para posteriormente poderem ser combatidas nas aulas sobre a parentalidade, como Focos da Prática representantes de ganhos em saúde, sensíveis a Cuidados de Enfermagem. Enquanto encaminhados para este curso de educação parental através das Consultas de Enfermagem, eram também inscritos nas aulas de Massagem Infantil **(Anexo IX)**⁸, permitindo a potencialização de competências práticas relacionadas com técnicas de relaxamento, incrementando assim óptimos momentos de vinculação. No sentido de realizar a

⁶ Neste Anexo perfila uma breve revisão bibliográfica realizada em torno da problemática da Vacinação.

⁷ Este Anexo sumaria os principais objectivos, etapas e critérios de referência para o Projecto.

⁸ Neste Anexo perfila uma breve contextualização teórica sobre a importância da Massagem Infantil.

dinamização destas aulas, foi elaborado um Flyer (**Anexo X**) intitulado de *Massagem do Tempo*, com uma história reportada do livro da APMI passível de ser contada pelo toque, envolvendo outros elementos da família neste cuidar tão especial quanto vulnerável, de uma criança. Na aula seguinte à distribuição do Flyer, todas as mães mencionaram o envolvimento do pai e a delícia da participação dos irmãos mais pequenos na massagem do recém-nascido, traduzindo-se num momento familiar de excelência e no sucesso dos resultados obtidos. Contrariamente às aulas de Massagem Infantil, o CS não comportava um Cantinho de Amamentação, pelo que a visita e respectiva dinamização foi realizada no do HPH. Foi uma experiência marcante, que permitiu a aquisição e sedimentação de conhecimentos juntamente com a Enfermeira Conselheira, de todas as técnicas e posicionamentos possíveis de serem adoptados pela mãe e bebé, na missão divina de amamentar. A Enfermeira Conselheira solicitou que dinamizássemos o Cartão de apresentação dos Cantinhos da ULSM (**Anexo XI**), de modo a torna-lo mais aprazível e organizado. Após a reconstrução do cartão, foi apresentado no CS e no HPH, tendo sido aprovado e posteriormente entregue na Direcção para reprodução.

As visitas domiciliárias como instrumentos utilizados no âmbito da intervenção da Enfermagem Comunitária (Egry E & Fonseca R, 2000), constituíram igualmente óptimos campos de actuação de Enfermagem, na percepção e na incrementação das competências parentais no sentido da transição para o exercício do seu papel, inseridos no meio socioeconómico e cultural da família. De acordo com a DGS (2002), o Enfermeiro é um elemento fundamental na promoção da saúde, constituindo a visita domiciliária um ambiente privilegiado da sua actuação. Assim sendo foram realizadas 4 visitas domiciliárias, em que duas foram activadas por incapacidade de deslocação da mãe ao CS e a última em contexto do seguimento de uma criança, desde o seu internamento em Neonatologia até ao domicílio por graves carências socioeconómicas parentais. Todas estas visitas conceberam a aplicação do IACP e a avaliação do percentil da criança, permitindo compreender o grau de conhecimentos dos pais sobre os cuidados a prestar aos seus filhos, intervindo junto das maiores necessidades detectadas (**Anexo XII**)⁹. Corroborando a afirmação de Egry E e Fonseca R (2000), a visita domiciliária recorre a três formas de abordagem: a entrevista, a observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa.

O desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais no domínio da Educação para a Saúde, foram essencialmente adquiridas com a iniciativa e implementação do Projecto *Pediculose na Escola*, após necessidade expressa do Agrupamento de Escolas de Guifões, tendo sido desenvolvidas três Acções de Educação para a Saúde na EB1 de Guifões, Sendim e Lomba, uma delas a Educadoras/ Assistentes Operacionais e outras duas a pais, de classes socioeconómicas e culturais baixas. A pediculose é uma doença de grande importância para a saúde pública (Cunha P *et al*, 2008), afectando na sua maioria crianças em idade escolar (Hipolito R *et al*, 2001). O Projecto *Pediculose na Escola* orquestrou-se após a

⁹ Este Anexo apresenta os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes nas Visitas Domiciliárias realizadas, através da aplicação do IACP aos pais.

comunicação de uma necessidade formativa e informativa pelos Professores do Agrupamento, face à elevada incidência de pedículos em crianças em idade escolar. De acordo com Cunha P *et al* (2008), os professores e assistentes educacionais desconhecem, na maior parte das vezes, a forma como a patologia é transmitida, diminuindo a possibilidade de promoverem saúde junto dos alunos. Esta actividade permitiu a mobilização de inúmeros conhecimentos e a aquisição de tantos outros, com a realização do seu Planeamento (**Anexo XIII**), um Flyer informativo (**Anexo XIV**) a avaliação de pré-requisitos/prova sumativa e avaliação da sessão pelos seus intervenientes, expressas num Relatório Estatístico (**Anexo XV**)¹⁰ onde nos permitiu inferir sobre os resultados das Sessões em termos de conhecimentos iniciais e finais, aguardando que se repercutissem na adopção de comportamentos saudáveis. O Planeamento da Sessão permite ao formador o desenvolvimento de algumas competências na planificação, organização e gestão da problemática, tendo sido um instrumento acolhido na realização deste Projecto. Após a análise da situação em que pudemos seleccionar os conteúdos futuramente leccionados, discutir as metodologias, meios e estratégias a adoptar, a organização e planificação da actividade expressa no seu plano de sessão e as estratégias de avaliação de conhecimentos e da sessão, pudemos compilar as principais ideias em forma de Planeamento. A AES adoptou a metodologia essencialmente expositiva por permitir a transmissão de conteúdos a um número maior de participantes, integrando além da técnica de exposição a técnica da demonstração, como estratégia motivacional. Na avaliação dos pré-requisitos (avaliação diagnóstica) testa-se os conhecimentos dos formandos sobre a problemática, tornando-se fundamental como norteadora de todo o processo formativo, permitindo conduzir a sessão mediante as necessidades detectadas; a prova objectiva (avaliação sumativa) espelha as aprendizagens efectuadas pelos formandos, permitindo um paralelismo comparativo entre o conhecimento inicial e final, tradutor do grau de conhecimentos adquiridos na formação. A Avaliação da Sessão, expressa a reacção dos participantes à formação através da atribuição de um juízo de valor relativo à sua aplicabilidade e adequação, permitindo ao formador mediante os resultados maximizar a sua performance nos pontos menos favoráveis. Todas as avaliações de pré-requisitos demonstraram défices de conhecimentos relativos às falsas crenças e comportamentos preventivos, pelo que as Acções foram mais dinamizadas nesse sentido, conferindo os resultados finais em todas as sessões, elevado grau de aquisição de conhecimentos bem como as avaliações de sessão, resultados satisfatórios superando as expectativas.

OBJECTIVO ESPECÍFICO TRANSVERSAL AO MÓDULO II E III

Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados à Criança/Família, em contexto hospitalar, segundo a metodologia do Processo de Enfermagem.

¹⁰ Este Anexo reflecte o ganho de conhecimentos pelas Educadoras e Pais, em valores percentuais, após a AES sobre Pediculose.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II E III

ATIVIDADES TRANSVERSAIS| Realização de: Ensinos aos pais sobre necessidades detectadas :: Procedimentos e Técnicas de Enfermagem :: Registos de Enfermagem. **ACTIVIDADE ESPECIFICA DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA**| Realização: de Triage :: do atendimento na Sala de Emergência :: da prestação de cuidados na UCIP. **ATIVIDADES ESPECIFICAS DA NEONATOLOGIA**| Execução: de um Poster sobre o *Efeito Canguru* :: de um Poster sobre o *Efeito Mozart* :: de um Panfleto sobre o *Efeito Mozart* :: Compilação de música clássica para prematuros, num CD. **ATIVIDADES ESPECIFICAS DO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**| Prestação de cuidados à Criança/Família no Bloco Operatório/ Recobro. **ATIVIDADES ESPECIFICAS DA NEONATOLOGIA E INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**| Simulação de Sessões de Círculos de Pais, para realização de ensinos mediante necessidades detectadas.



A prática da Enfermagem Especializada requer habilidade na observação, comunicação, reflexão, aplicação e articulação de conhecimentos adquiridos, além das apreciações e decisões fundamentadas (Ordem dos Enfermeiros, 2009). O Enfermeiro recruta todas estas habilidades quando aplica o Método de Resolução de Problemas com o Processo de Enfermagem e, conseqüentemente quando analisa e redige as suas notas de evolução (Lagartinho H, 2009). Ainda de acordo com esta autora, este Método funciona como a matriz de pensamento e actuação da profissão. Todo este processo de reflexão e de julgamento clínico permite evitar o aleatório, a planificação por tentativa - erro, as perdas de tempo e energia e os dissabores para a criança/família cuidada: assumindo-se como uma ferramenta de sistematização e humanização dos cuidados, almejando valorizar a profissão (Nunes L, 2008). O exercício profissional responsável e qualificado, parte de uma integração sólida de conhecimentos oriundos de formações anteriores: pós-graduadas, avançadas e especializadas bem como da experiência profissional em Cuidados Intensivos. O atendimento de crianças em situações de doença crítica, urgente e emergente, em qualquer um dos contextos, pautou-se pela mobilização e cruzamento de saberes, oriundos da formação Pós-Graduada e Especializada no âmbito da Pediatria com Formação Avançada em Urgência, Emergência Hospitalar e Trauma. Esta integração de saberes profissionais permitiu que adquirisse autonomia na prestação directa de cuidados, a crianças em contexto de doença aguda e crónica agudizada, agilizando e potenciando: habilidades na rápida identificação de focos de instabilidade na criança, a execução de cuidados técnicos/ complexos a crianças em situações potencialmente críticas/ críticas bem como conhecimentos sobre SAV Pediátrico e Neonatal, com implementação de respostas de Enfermagem de acção antecipatória. O aprofundamento de conhecimentos sobre as patologias mais incidentes/ prevalentes em cada faixa etária, exponenciou o olhar clínico sobre a mesma de forma mais intuitiva, permitindo a identificação de situações de risco, planeamento e activação da sua resposta. Esta competência

correlacional de saberes proporcionou um melhor desempenho pessoal e profissional na Triagem/SUP (**Anexo XVI**)¹¹, a título de exemplo, com maior aptidão na gestão da informação colhida, avaliação inicial da criança e sua categorização em prioridades de atendimento (**Anexo XVII - XIX**)¹². Relativamente à contribuição da correlação de conhecimentos na observação participada na UCIP, permitiu-me a prestação de cuidados autónoma à criança em estado crítico, a promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao seu filho e o tecer de algumas considerações sobre necessidades formativas por parte da equipa de Enfermagem, no âmbito da criança politraumatizada (especificadas no domínio da Formação); no que respeita à observação participada no B.O./ Recobro da Pediatria Cirúrgica, permitiu-me alguma autonomia no acolhimento da criança/família, na gestão de fármacos juntamente com o Enfermeiro de Anestesia, na preparação do campo cirúrgico juntamente com o Enfermeiro Circulante e o acompanhamento da família até ao recobro. Se no estágio de SUP esta mobilização de competências prévias foi geradora de confiança e autonomia, no estágio de Neonatologia (**Anexo XX**)¹³ e internamento de Pediatria (**Anexo XXI**)¹⁴ a prestação de cuidados directa às crianças (**Anexos XXII - XXVII**)¹⁵, efectuou-se de uma forma progressiva, prudente e diligente, requerendo inicialmente supervisão para maior segurança não só nos cuidados prestados (**Anexo XXVIII - XXX**)¹⁶ como para maior segurança pessoal. A falta de habilidade técnica nos procedimentos de Enfermagem com maior ou menor invasividade, foi combatida com alguma execução repetitiva dos mesmos até atingir uma maior desenvoltura prática na sua realização e, com o gradual envolvimento nos cuidados prestados. Esta transição para o papel de prestadora de cuidados a crianças e sua família desabrochou de uma forma progressiva, optimizando a tomada de decisão e a solidificação de competências de foro cuidativo. O que inicialmente requeria supervisão, posteriormente realizava com plena autonomia e sentido de responsabilidade. A autonomia e a responsabilidade assumem a centralidade dos Cuidados de Enfermagem, na tomada de decisão (Ribeiro J, 2009). Entenda-se por autonomia, o poder para determinar o que é preciso ser feito em relação aos cuidados ao *cliente*, agir de acordo com a avaliação feita pelo Enfermeiro e aceitar a responsabilidade pelas decisões tomadas (Coimbra J *et al*, 2001). De acordo com a afirmação anterior, em toda a prestação de cuidados directa à criança/família, foi limada esta autonomia na defesa e argumentação de um raciocínio próprio e fundamentado, recorrendo posteriormente ao pensamento consequente, ou seja, à coerência entre o pensamento e a acção, na execução dos cuidados bem como nos resultados das intervenções assumidas como autónomas (a título de exemplo, a colocação de uma SOG num bebé com Tetralogia de Fallot com intuito de diminuir o seu esforço cardiorrespiratório e consequentemente as crises de Spell Anóxico,

¹¹ Este Anexo apresenta uma breve caracterização física do Serviço de Urgência Pediátrica – HSJ.

¹² Nestes anexos perfilam o número de crianças triadas, bem como os diagnósticos médicos e os Focos da Prática sensíveis a Cuidados de Enfermagem mais frequentes.

¹³ Neste Anexo perfila uma breve caracterização do contexto de Estágio – Serviço de Neonatologia - MJD.

¹⁴ Neste Anexo perfila uma breve caracterização do contexto de Estágio – Internamento de Pediatria B - HSJ.

¹⁵ Nestes anexos perfilam o número de crianças assistidas, bem como os diagnósticos médicos e os Focos da Prática sensíveis a Cuidados de Enfermagem mais frequentes, nos Serviços de Neonatologia e Internamento de Pediatria B.

¹⁶ Este anexo sumaria as actividades assistenciais de Enfermagem à Criança/Família, realizadas nos Serviços de Urgência Pediátrica, Neonatologia e Internamento de Pediatria.

ainda que conservasse um bom reflexo de deglutição). O poder de autonomia encontra-se no exercício do trabalho, devido à mobilização dos saberes, havendo necessidade de executar e reflectir paralelamente. A execução autónoma de intervenções de Enfermagem gera a tomada de decisão: e decidir é assumir responsabilidades. Segundo Hereaux (2004), o Enfermeiro deve encontrar a melhor maneira de proceder, assumindo a responsabilidade do seu trabalho e, ser responsável, caracteriza-se pelo significado de obrigação, encargo, compromisso, ou dever de satisfazer/executar alguma coisa que se convencionou que deva ser feita ou executada (Oliveira J *et al*, 2008). A tomada de decisão envolve avaliações, mudanças e aprimoramentos, no sentido de alcançar a melhor decisão possível (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Cada Enfermeiro assume a responsabilidade pelo que executa e pelo que delega. Durante todo o estágio, assumi funções delegadas por restantes Enfermeiros, quando assegurava em mim a capacidade para responder às suas exigências e responsabilidades; no caso da existência de dúvidas sobre a sua execução, esta era realizada com supervisão guiada. Durante toda a assistência de Enfermagem prestada à díade, procurei mecanizar o entrosamento destes conceitos: o de autonomia, o de responsabilidade e o de tomada de decisão, num sentido crescente e profissionalizante.

Os contextos de doença grave, cavalgantes ao estado crítico, são geradores de conflitos e potenciadores da ocorrência do erro em Enfermagem: pela pressão gerada em torno do profissional. Actuar eficazmente sob pressão é complicado, pois implica a correcta gestão de sentimentos e emoções, interferindo inúmeras vezes na tomada de decisão. Transversalmente a todos os Estágios, as situações complexas amontoaram-se exigindo uma capacidade de resposta igualmente diferenciada em contextos díspares, como o comunitário e o hospitalar. A título de exemplo, a oportunidade de assistir na Sala de Emergência: **(1)** uma criança com 12 meses de idade, politraumatizada vítima de um acidente de viação, com projecção e capotamento (**Anexo XXXI**)¹⁷ e **(2)** uma adolescente com 16 anos, vítima de atropelamento por veículo pesado, com projecção e arrastamento (**Anexo XXXII**)¹⁸; na Neonatologia, **(1)** o transporte desde o Bloco de Partos de um neonato com Síndrome de Aspiração Meconial em falência cardiorrespiratória; e, no Internamento de Pediatria, **(1)** uma lactente em falência respiratória sob VNI com posterior EOT e **(2)** um lactente em falência multiorgânica por choque séptico, com ponto de partida do CVC. Situações limite potenciam a ocorrência do erro, instalando-se o caos no atendimento infantil. Uma das estratégias adoptadas de forma a minimizar o erro explanou-se no desenvolvimento de sistemas de trabalho com práticas seguras e competentes, como: a segurança de dados e registos, a potenciação de um ambiente seguro e aplicação dos princípios relevantes na administração de substâncias terapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Situações de conflituosidade entre familiares e profissionais de saúde são recorrentes. O Enfermeiro Especialista em SIP deve reconhecer e antecipar situações de conflituosidade bem como activar técnicas de resolução de conflitos, ressaltando que nem todos são negativos e acarretam efeitos nefastos ao

¹⁷ Este Anexo descreve o primeiro Caso Clínico atendido na Sala de Emergência – SUP, HSJ.

¹⁸ Este Anexo descreve o segundo Caso Clínico atendido na Sala de Emergência – SUP, HSJ.

indivíduo: inúmeras vezes são benéficos podendo promover uma exploração de sentimentos e emoções, bem como pontos de vista que favoreçam a expressão individual e a tomada das melhores decisões. Mais do que evitar um conflito, é necessário saber geri-lo. Existem três formas de lidar com o conflito: evita-lo, desactiva-lo ou enfrenta-lo (Cruz L, 2008). Na maioria das situações vivenciadas em Estágio, os conflitos foram previstos e antecipadamente desactivados, procurando suspender o motivo de conflito, no sentido do apaziguamento, permitindo aos pais a sua exploração de sentimentos e emoções.

A análise de situações complexas relacionadas com a criança/família, numa perspectiva académica avançada, exige que se trabalhem questões relativas à diversidade, sendo fundamental o entendimento das diferentes formas de pensamento e ideologias (Lagartinho H, 2009). A criatividade no processo de resolução de conflitos favorece a flexibilidade, oferece melhor aproveitamento da diversidade e da conciliação de situações opostas, encarando e conduzindo a *negociação* a favor de ambas as partes (Fellipe MI, 2002). A título de exemplo, se referencia o caso de uma prematura, filha de mãe toxicodependente e pai alcoólico, em estado de privação de estupefacientes (heroína), no III Módulo de Estágio em Neonatologia. Apesar de apresentar sinais evidentes de dor e desconforto, sob o olhar de diferentes profissionais, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas a implementar, não seguiriam todas o mesmo decurso. Em contexto de trabalho debateram-se as directrizes farmacológicas preconizadas pela Escala de Finnegan e Consensos Neonatais [(1) optimizando-se o estado de privação com a administração concomitante ou continua de morfina, no entanto com deterioração do estado neurológico da criança] e, a administração de sacarose de acordo com o Protocolo [(2) promotora de conforto, sem consequente declínio sensorial]; bem como as não farmacológicas, como os cuidados de conforto [(3) toque e posicionamento], rapidamente marginalizados pelo princípio da manipulação mínima, anunciado pelos Consensos Neonatais. Perspectivando esta problemática de forma reflexiva, entrevi-se sobre o foco da *dor*, com administração fraccionada de sacarose, toque corporal e posicionamento, promovendo o seu sono/repouso após garantido o conforto. Relativamente a este caso complexo no domínio da problemática da dor, acredito que o maior erro na sua resolução, estivesse atribuído à dificuldade dos profissionais de Enfermagem em clarificar ou analisar as diferentes perspectivas do problema, impermeabilizando as suas ideologias de diferentes maneiras de racionalizar um mesmo problema. Considerei a problemática da dor em Neonatologia, como um foco sensível à Investigação em Enfermagem.

O Método Canguru (**Anexo XXXIII**)¹⁹, consiste numa etapa de assistência neonatal que implica o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe/pai e recém-nascido de baixo peso (Charpak N *et al*, 2006; Gontijo TL *et al*, 2010). Se é aos Enfermeiros que se incute esta responsabilidade de ajudarem os pais a tornarem-se mais competentes e mais próximos do seu filho, porque não conferir visibilidade à Enfermagem, num dia festivo como o da Sensibilização para a Prematuridade? Assim sendo, foi realizado um poster (**Anexo XXXIV**)

¹⁹ Este anexo contém uma breve contextualização teórica sobre a importância do Método Canguru.

ilustrativo do benefício do *Efeito Canguru* e da importância da assistência de Enfermagem nesta fase precoce da Parentalidade, de simples e fácil leitura de acordo com as variabilidades literárias parentais. O Dia Internacional de Sensibilização para a Prematuridade, contou ainda com uma celebração no auditório da MJD dirigida aos pais, com a presença e participação de elementos da equipa médica e de Enfermagem do serviço, para esclarecimento e promoção de alguns projectos (como o BabyCare e BabyPhone) assim como algumas temáticas inerentes á prematuridade. A necessidade de investigação brota nas questões mais simples, para as quais não temos qualquer resposta, traduzindo-se posteriormente em inquietações pessoais. Numa das jornadas de revisão literária pessoais, tinha lido algo sobre o efeito terapêutico da música no bebé pré-termo mas nunca tinha assistido ao perfeccionismo dos seus benefícios. Contrariamente a outros hospitais que se encontram a desenvolver projectos neste domínio, na MJD a música é outra: o canto e embalo da mãe. Uma das mães já o fazia há algum tempo, porque tinha descoberto esta maneira maravilhosa de estar com ela. Não havia cadeira de baloiço: mas havia um embalo sonoro. Esta foi uma inquietação pessoal, a do efeito do canto da mãe sobre a estabilidade fisiológica do recém-nascido, conferindo corpulência às questões de investigação: qual o efeito terapêutico da música no bebé pré-termo? **(Anexo XXXV)**²⁰. Se a musicoterapia em prematuros é considerada uma intervenção autónoma de Enfermagem, porque não potencializar a sua implementação no Plano de Cuidados? Estas foram as questões norteadoras de toda a actividade, procurando com o orquestramento de um poster **(Anexo XXXVI)**, de um panfleto **(Anexo XXXVII)** e de um CD de música clássica para prematuros **(Anexo XXXVIII)**, o atingimento das respostas às questões colocadas. Esta actividade foi tão amavelmente aceite como elogiadamente brindada pela equipa de Enfermagem, que decidiu ofertar o Kit Efeito Mozart (panfleto e CD) no Natal a cada pai. Apesar de estas duas actividades se alicerçarem em contextos diferentes, culminaram na potencialização de uma intencionalidade primária: a de promover os pais como os principais cuidadores do seu filho.

À semelhança dos Círculos de Pais, que funcionam como um espaço de diálogo parental em que se discutem conteúdos emocionais vivenciados (Ramalhão AB *et al*, 2003), estes momentos de partilha informais foram igualmente importantes não só para a aquisição de competências parentais como para a contribuição de um processo de *negociação* sadio. Nos Serviços de Neonatologia e Internamento de Pediatria promovia-se um espaço de ensino aliado à oportunidade de não só se trabalharem competências, como sentimentos, em que o individual rapidamente se transformava em generalizado: a necessidade expressa de um pai, era a mesma camuflada noutro. Estes ensinamentos surgiam naturalmente mediante a detecção de uma necessidade de informação, constituindo rapidamente focos de intervenção assim como diagnósticos de Enfermagem no domínio do *Défice de Conhecimentos*. Numa fase inicial, recolhia e analisava cada necessidade no sentido de aumentar a segurança das práticas junto das crianças/pais, permitindo lugar para o esclarecimento de dúvidas (maioritariamente

²⁰ Este anexo contém uma breve contextualização teórica sobre os efeitos da musicoterapia no recém-nascido prematuro.

relacionadas com cuidados de higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, febre, cuidados com a pele da criança sob fototerapia simples e intensiva, importância da amamentação e cuidados a ter com as mamas bem como a importância da lavagem das mãos na prevenção de infecção cruzada), prevenção e sinalização de práticas de risco. O Enfermeiro deve prestar informações aos pais acerca dos cuidados à criança, envolvendo-os em todo o processo, de modo a: **(1)** assegurar o seu estado de saúde, **(2)** maximizar as competências parentais, **(3)** minimizar o risco de infecção/ re-hospitalização bem como **(4)** minimizar o *stress* e a ansiedade na transição para o domicílio (Marques S *et al*, 2004). Diagnosticadas as necessidades de aprendizagem parentais, direccionei todos os ensinamentos para a dotação de competências nesses domínios, articulando a natureza do discurso com as dificuldades partilhadas ou percebidas, recorrendo ao reforço positivo e incentivo para a prestação de cuidados cada vez mais competentes ao seu bebé. Num ambiente de plena *negociação* no sentido da sua maior independência, minimizando o confronto de poderes: o profissional e o parental, posteriormente à demonstração de uma prática correcta, os pais eram solicitados para a sua realização sobre supervisão, no sentido de perceberem se as dificuldades se encontravam ultrapassadas e as competências cuidativas adquiridas. O Enfermeiro assume o título de *Health Coach*, quando permite aos pais o ganho de conhecimentos, capacidades, ferramentas e confiança em se tornarem participantes activos no *cuidar*, para que assim consigam atingir as suas metas em saúde auto-identificadas (Bennet H *et al*, 2010). Estratégias de *coaching parental* adoptadas, como: o estabelecimento de expectativas de aprendizagem, o incitamento à auto-reflexão sobre as dificuldades sentidas, a promoção do *feedback* após as demonstrações, a discussão de comportamentos adoptados, o *reforço positivo* e a promoção da discussão com as Sessões de Círculos de Pais, são estratégias justificadas por LeBlanc C e Sherbino J (2010), promotoras de ganhos em saúde sensíveis a Cuidados de Enfermagem.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP :: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Promover a Parentalidade em todos os contextos, atendendo ao comprometimento do Foco da Prática :: Compreender e participar na articulação dos vários recursos da comunidade, ao dispor da criança/família :: Desenvolver uma prática profissional e ética na assistência à criança/família, em todos os contextos.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I

Identificação do diagnóstico de *Parentalidade Comprometida* e intervenção em 3 casos complexos, referentes a crianças em situação de perigo, através: **(1)** da Estruturação do *Projecto Jovens em Risco* **(2)** da Realização de uma Visitação Domiciliária **(3)** Realização de Visitas à Casa do Caminho.



O Enfermeiro, desempenha um papel de excelência no que respeita ao auxílio prestado aos pais na fase de transição para a parentalidade nas Consultas e visitas domiciliárias em articulação com o *Projecto Bem-me-quer*, onde a compreensão profunda deste fenómeno o ajuda a antecipar e ir de encontro às necessidades de aprendizagem/ informação, dotando-os de competências para cuidar do seu filho. E o que fazemos face a um papel parental violentamente comprometido? Como actuamos, face a um apelo de ajuda silencioso revestido de confidencialidade? De forma nunca indiferente, como nas três seguidamente partilhadas. O Enfermeiro é um ser permeável a imposições éticas, deontológicas e morais e por isso lhe é exigido que várias vezes se dispa dos seus princípios, crenças e valores e que abrace as famílias que maltrata mas crianças, no sentido do seu maior respeito, compreensão e compaixão: não enfatizando os défices mas as suas forças e, com eles estabelecer um PAIF. Numa das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, foram atendidas **(1)** duas crianças acompanhadas pelas suas mães, uma menina de 12 meses (**Anexo XXXIX**)²¹ e um menino de 24 meses (**Anexo XL**)²², já sinalizadas como casos sociais extremamente complexos e negligentes. Como aluna, tinha já adquirido maturidade profissional capacitante de alguma autonomia e por isso realizava as consultas sem apoio: gerindo, diagnosticando, encaminhando e articulando com a rede de recursos comunitários ao dispor das famílias mais necessitadas. Poderia estar preparada para qualquer situação: menos a que vivenciei em mãos. Estas duas situações de negligência passiva, conflituosas, imprevistas e extremamente complexas, exigiram uma resposta de grande adaptabilidade, que neutralizasse o possível confronto com os seus pais. Num tom calmo e compreensivo, abordei a importância dos cuidados de higiene assim como a sua correcta técnica (como combate ao défice higiénico e como estratégia de promoção de contacto físico entre pais e criança, uma vez que exalavam sinais de vinculação insegura), dos cuidados orais, da alimentação diversificada nesta fase de vida das crianças (que haviam ingerido uma última refeição há mais de 12h), da estimulação neurosensorial e motora para o seu correcto desenvolvimento e, enfatizei os recursos comunitários que tinham ao seu dispor, uma vez considerados como um casal de nível socioeconómico baixo. Agendadas as próximas Consultas de Enfermagem, foram encaminhados para o médico de família, que anteriormente tinha conhecimento desta situação. Teria eu encaminhado correctamente estas crianças? Teria eu conseguido sinalizar situações

²¹ Neste anexo perfila a descrição e vivência do primeiro caso complexo, atendido nas Consultas de Saúde Infantil.

²² Neste anexo perfila a descrição e vivência do segundo caso complexo, atendido nas Consultas de Saúde Infantil.

de risco de forma correcta? Teria eu sido o mais assertiva com estas famílias, ou demasiado passiva face à gravidade das problemáticas? A responsabilidade, a ética e a deontologia profissional reflectiram-se nas estratégias de desactivação do conflito, na tomada de decisões pessoais e na construção da tomada de decisão em equipa. A análise da problemática deu origem a um *brainstorming*, condutor da estratégia que visava permitir a correcta articulação dos CS com outras entidades de primeiro nível ou superior, através da formação e sensibilização dos profissionais de saúde. Transformar esta experiência vivenciada num Projecto de força, vivacidade e de defesa dos direitos da criança: o *Projecto Jovens em Risco*. Num outro momento de Consulta, foi atendido **(2)** um recém-nascido acompanhado pelo pai e pela avó, que notoriamente exalavam sentimentos de preocupação. No decorrer da consulta e em tom de conversa fazia desenrolar uma série de ensinamentos, enquanto me apercebia da sua falta de *feedback* e ansiedade em anotar tudo o que ia dizendo. Efectivamente o bebé perdera peso, destabilizando ligeiramente o seu percentil e aumentando a ansiedade paterna. Com tacto e alguma reserva questionamos a ausência da mãe na consulta e os hábitos de amamentação praticados, aos quais o pai respondeu que a gravidez nunca tinha sido desejada pela sua esposa, pelo que esta apresentava sinais de desconsideração face à presença do bebé, tornando-se a amamentação um palco de conflitos no domicílio e um momento pouco prazeroso para mãe-filho. Após detecção de algumas necessidades familiares, realizamos uma visita domiciliária ao casal, tendo sido a mãe auxiliada em todos os cuidados ao recém-nascido inclusive na amamentação, compreendendo a equipa posteriormente que reservava alguma relutância em amamentar a criança por ingurgitamento mamário. Todos os ensinamentos foram efectuados inclusive os principais cuidados à mama, potenciando assim a amamentação como um momento de prazer, assegurando a vinculação com o recém-nascido e a transição para a parentalidade. Este mesmo casal frequentou posteriormente as aulas de preparação parental, de uma forma activa e interessada: expressando o seu agradecimento. Cabe assim ao Enfermeiro, identificar comportamentos destrutivos de forma a ajudar a família a assegurar um ambiente o menos restritivo possível, que garanta segurança para a criança e terceiros. **(3)** As visitas frequentes à Casa do Caminho (**Anexo XLI**)²³, para vacinação ou consulta das crianças ao seu abrigo, reforçavam a importância e a intencionalidade deste Projecto: todas elas eram alvo de uma Parentalidade corrompida quer por negligência passiva/activa, abandono ou outros tipos de maus-tratos. Estas visitas eram momentos importantes de partilha com as crianças institucionalizadas bem como com os seus funcionários, permitindo a articulação com outros recursos da comunidade mediante as necessidades detectadas e a realização de ensinamentos tradutores de informação baseada na evidência, quando sinalizadas práticas incorrectas pelos mesmos.

²³ Neste anexo perfila uma breve descrição sobre o espaço físico, funcionalidade, especificidade de atendimento e intervenção, da Casa do Caminho.

Promoção/Realização: da *Parentalidade Positiva* :: de Ambiente Familiar :: do Aleitamento Materno /Amamentação :: de Ensinos Informais aos Pais relacionados com a Prestação de Cuidados à Criança :: da Identificação/Encaminhamento de Crianças em Situação de Perigo/Perigo Eminente :: da Habitação Conjunta :: da Assistência de Enfermagem no Acolhimento/ Alta da Criança/Família || da Relação de Ajuda, com: o Atendimento Personalizado :: a Partilha de Informação :: a Comunicação Aberta :: a *Negociação*.



O relacionamento, carinho e envolvimento parental demonstrado com a criança, são variáveis essenciais, no que hoje é designado por *parentalidade positiva* (LopesM *et al*, 2010). Deveremos ser fundamentalistas ou aceitar que a vulnerabilidade de uma hospitalização, pode corromper a potencialização deste foco? Será que a exaustão parental pode ser facilmente rotulada como incorrecto exercício do seu papel (Hallstron *et al*, 2002)? Ou devemos apenas ser compassivos com estes pais, ajudando-os a transitar para uma parentalidade, que não cumpre alguns desígnios mas que representa o melhor que conseguem ser? Na transição para uma *parentalidade positiva*, de acordo com a literatura consultada, existem seis focos referenciados como normativos e imperativos, para a correcta execução do papel parental: **(1)** a capacitação dos pais para a parentalidade, **(2)** a compreensão do comportamento, desenvolvimento, e estimulação da criança, **(3)** a interacção pais-criança, **(4)** a segurança e saúde da criança, **(5)** a disciplina positiva e **(6)** a construção do capital social (Lopes M *et al*, 2010). **(1) O processo de capacitação dos pais para esta parentalidade**, envolve a aceitação da sua tomada de decisão, da construção da sua própria parentalidade bem como a permissão da utilização de estratégias de *coping* positivas (Fielden JM *et al*, 2008; Long A, 2001). Os dois estilos de *coping* assumidos pelos pais, de um filho submisso à doença e /ou prematuridade, são os de *aproximação*, permitindo-lhes restabelecer o controlo sobre o seu filho num ambiente não familiar, questionando sobre o seu estado de saúde e envolvendo-se gradualmente nos cuidados e; o *evitante*, em que não questionam, não intervêm como forma de protecção emocional (Ronald L *et al*, 2010). A participação parental no *Cuidar* como *coping* positivo, inclui o seu envolvimento na tomada de decisão conferindo-lhes controlo da situação e promovendo-lhes alguma satisfação, que durante os diversos internamentos da criança foi monitorizada no sentido de testar a sua eficácia, prevenir complicações e promover o seu encorajamento, encontrando-me disponível para revelarem os seus medos e ansiedades. A tomada de decisão acorrenta-se a um sentimento de poder e pertença sobre a criança, objectivando-se a parceria de cuidados na *negociação* (Slotin M, 2000). Apesar de a criança constituir o cerne de todas as intervenções, verifiquei inúmeras vezes a desigualdade existente entre os desígnios dos pais e dos profissionais de saúde (**Anexo XLII**)²⁴, convencendo-me que a parceria de cuidados é uma meta que ainda permanece longe de vigorar, assistindo-se a

²⁴ Neste anexo são descritos três Casos Clínicos, exemplos de difícil *negociação* parental.

uma confrontação de poderes. **(2) A compreensão** e gestão do **comportamento** da criança pelos pais e a sua **estimulação**, são fundamentais para o seu **desenvolvimento** (Fielden JM *et al*, 2008; Long A, 2001). Quer durante o internamento, quer na preparação para a alta hospitalar, os pais eram desafiados a constituírem um ambiente equilibrado com brinquedos sensoriais e actividades apropriadas para a sua idade, para que esta variedade de estímulos contribuísse para o seu crescimento e aprendizagem (Heaman M *et al*, 2006; Sadler LS *et al*, 2003; Viana V *et al*, 2007). **(3) As estratégias** adoptadas para melhorar a **adaptação pais – criança**, dirigiam-se no sentido de estes promoverem alguma sensibilidade para os diferentes tipos de choro do bebé e às suas solicitações. As respostas dos pais com afecto e a promoção do apego, não devem ser somente avaliadas como estimuladas (Benzies K *et al*, 2008; Bryatton J *et al*, 2009). Este limar de necessidades de aprendizagem parental, culminou positivamente no auxílio das mães adolescentes, que eram as que evidenciavam mais *défices de conhecimentos* neste domínio; e negativamente, com um casal de pais que negligenciava as necessidades da sua bebé, ausentando-se durante horas do serviço para abuso de substâncias, durante vários dias em todo o internamento. Esta desvinculação originou a referenciação da situação na assistência social. **(4) Os pais** devem ser preparados para compreenderem e responderem positivamente às necessidades físicas e emocionais da criança (Bryatton J *et al*, 2009; Fielden JM *et al*, 2008). Durante os diversos internamentos (OBS/UCIN/Pediatria), inúmeros esforços foram realizados no sentido de aguçar a sua perspicácia e conhecimento sobre as necessidades de: sono/repouso, alimentação, atenção, segurança e brincar, bem como sensibilizados para a importância da amamentação e reforçada a vitalidade do seguimento da criança nos cuidados de saúde primários, especialmente no que respeita à vacinação. O maior desafio encontrado nesta fase transaccional foram os jovens de etnia cigana, que dificilmente permitiam aconselhamento ou auxílio, que recusavam terminantemente a amamentação como uma questão cultural e, que não assumiam as suas práticas de cuidados como pouco seguras. De acordo com Lopes M *et al* (2010), a prestação de cuidados seguros e adequados, a protecção da criança de perigos bem como a manutenção de um ambiente seguro em casa, devem ser sempre promovidos. Como falar de segurança infantil a uma classe étnica, que não respeita as próprias medidas de segurança adoptadas pelo hospital? Tal como referenciado por Shields (2002), as diferenças culturais podem implicar uma interacção negativa entre pais e equipas de cuidados, pelas dificuldades de comunicação traduzida na adaptação ou na adequação do seu papel no hospital. **(5) A disciplina positiva**, consegue-se com a construção de confiança e auto-estima na criança (Long A, 2001). Durante o internamento em OBS e Pediatria foram incentivados os pais, a adequarem as suas estratégias disciplinares através do reforço positivo e do incentivo, anulando os actos de punição violentos. Estas medidas adoptadas apenas assumiram algum impacto em pais de crianças com um nível de cognição capaz de as entender, terminando por restringirem alguma liberdade quando as crianças assumiam comportamentos negativos ou de destruição. **(6) O capital social**, resulta da capacidade dos pais desenvolverem relações sociais com outros

membros (Fielden JM *et al*, 2008). Segundo Graaf I *et al* (2008), após a promoção e intervenção junto da família no sentido da transição para a *parentalidade positiva*, os pais devem apresentar: um ambiente de aprendizagem seguro, a utilização de disciplina assertiva, o desenvolvimento de expectativas realistas bem como o saber *cuidar* de si mesmo. Durante o internamento de Pediatria, esta construção relacional era mais evidente entre pais de crianças com doença crónica e na UCIN, entre pais que permaneciam juntos na mesma ala de cuidados; havendo um esforço acrescido, por envolver os que se encontravam mais isolados ou deslocados, dadas as suas circunstâncias de vida: crianças com doenças sob isolamento, pais em processos de divórcio litigioso ou com guarda partilhada de crianças e com outras crenças religiosas ou culturais. Este estilo parental mais recôndito, normalmente estabelecia laços sociais com a Equipa de Enfermagem, onde normalmente confiava os seus segredos, medos e frustrações. Quando se aborda a *parentalidade positiva*, deve (re)conhecer-se todos os contornos que esta pode assumir, nomeadamente a hospitalização como uma das maiores vulnerabilidades deste conceito. Talvez seja um período tão conturbado e exigente, que possamos afirmar a existência de diferentes estilos de parentalidade, em vez da sua singularidade. Devemos aceitar a construção individualizada de cada parentalidade, como aceitamos o indivíduo como Pessoa (Fielden JM *et al*, 2008; Long A, 2001).

A Relação de Ajuda na promoção da Parentalidade deve ser entendida como veículo condutor da prática de Enfermagem em Pediatria. É intrínseca aos cuidados, considerada não como uma característica própria da profissão mas como condição *sine qua non* da eficácia dos cuidados (Serafim S *et al*, 2005). Para a construção de uma verdadeira Relação de Ajuda Parental, o Enfermeiro deve comportar 4 competências fundamentais: a compreensão empática, a aceitação incondicional, a autenticidade e o respeito, não só por eles mas pela situação vivenciada (Serafim S *et al*, 2005; Silva C *et al*, 2004). O Modelo de *Cuidados Centrados na Família*, releva a importância do conhecimento do contexto familiar para melhor compreensão dos comportamentos de saúde dos indivíduos e promoção dos processos de adaptação à doença (Wright & Leahey, 2002). Este Modelo, outorga que se devia constituir o contacto prévio dos pais/criança com os serviços onde irão ficar hospitalizados, no sentido de diminuir a ansiedade e potenciar a confiança na equipa de saúde, bem como a diminuição dos efeitos nefastos da hospitalização num primeiro contacto humanizado (Serafim S *et al*, 2005; Silva C *et al*, 2004). Através do respeito e solidariedade para com a unidade familiar, demonstrando que nela residem as soluções para os seus problemas, a Enfermagem espelha o seu potencial humano: promovendo uma atmosfera caracterizada por um mínimo de receio, ansiedade, tensão e desconfiança (Silva C *et al*, 2004). Efectivei o acolhimento dos pais num internamento como OBS(Anexo XLIII - XLV)²⁵, UCIN e Internamento de Pediatria, numa perspectiva holística, considerando todas as necessidades da díade pais-criança, integrando-os como elementos da equipa multidisciplinar fornecendo formação adequada, apoio e

²⁵Nestes anexos perfilam o número de crianças assistidas, bem como os diagnósticos médicos e os Focos da Prática sensíveis a Cuidados de Enfermagem mais frequentes, no Serviço de Urgência Pediátrica – OBS.

atendimento personalizado. Nem sempre grandes comunicados se traduzem em qualidade de informação, sucumbindo o que era partilhado às suas próprias necessidades (Serafim S *et al*, 2004). A comunicação é um dos pilares da correcta assistência parental e promoção da parentalidade, assumindo a afirmação como uma verdadeira bússola norteadora da minha prática: *toda a relação de ajuda é comunicação mas nem toda a comunicação é relação de ajuda* (SilvaC *et al*, 2004). Durante esta fase de admissão, demonstrei total disponibilidade e acessibilidade para os acompanhar, acolhendo-os de forma calma e tranquila, sem ajuizar a hostilidade muitas vezes dirigida (especialmente em OBS provenientes do SU), não sendo mais do que cansaço, emotividade e desesperança (Serafim S *et al*, 2005). No sentido de colmatar esta ansiedade, foi prestada informação relacionada com: o ambiente (mais reforçado na UCIN, fortemente relacionado com morte e sofrimento), as normas do serviço, os equipamentos necessários à vigilância da condição de saúde da criança (monitores e máquinas perfusoras), bem como sobre os aspectos que favoreciam a construção de competências para cuidar do bebé, uma vez que emergia a necessidade de os promover como os principais prestadores de cuidados, projectando o seu cuidado em casa (Sprovieri M *et al*, 2006; Tronchin D *et al*, 2005; Tronchin D *et al*, 2006; Weinberg R, 2001; Algarvio S *et al*, 2008; Fortes M *et al*, 2008). O desenvolvimento de competências parentais foi mais produtivo durante o internamento da criança na UCIN/Serviço de Pediatria, uma vez em condição de doença e/ou prematuridade, em que a natureza dos cuidados eram mais complexos, compreendendo mais atenção e supervisão guiada. O Enfermeiro deve descartar os factores que possam interferir com esta capacidade cuidativa parental, respeitando a sua necessidade de envolvimento, sem juízos de valor. De acordo com motivos de ordem socioeconómica (UCIN/Pediatria: pais que não tinham suporte financeiro para se deslocarem ou quem cuidasse dos outros filhos em casa) e relacionados com a própria condição da criança (por exemplo, na UCIN **(1)** os pais com receio de tocar um grande prematuro e no Internamento de Pediatria, **(2)** os pais que demonstravam receio de tocar os filhos quando na incubadora, com fototerapia intensiva) podem funcionar como barreiras ou inibidores da promoção dos pais como prestadores de cuidados, devendo esta iniciar-se de forma precoce e gradual (Marques S *et al*, 2004). Algumas iniciativas executadas diminuía a ansiedade e o sofrimento dos pais como: a personalização da unidade da criança colocando o seu nome, a colocação dos brinquedos que lhes sejam familiares na cama ou no berço, bem como utilizar as próprias roupas da criança (Scochi CG *et al*, 2003). O internamento da criança em Pediatria cumpria religiosamente a veracidade deste extracto de literatura, observando-se a relação directa existente entre a familiarização do seu espaço com o seu conforto. Estabeleceu-se um plano de cuidados para e junto às famílias, tornando o caminho da promoção dos pais como prestadores de cuidados mais eficaz, seguro e regulamentado (Couto FF *et al*, 2009). Para que todos os planos de cuidados tecidos, surtisses o efeito de aumento de competências parentais, era necessário possibilitar o acesso e habitação conjunta, incentivando-se o toque, o contacto pele-a-pele (UCIN), a amamentação e a fala com as crianças, permitindo **(1)** fomentar a ligação pais-filho,

(2) uma maior interacção entre ambos, (3) um maior interesse na aprendizagem dos cuidados necessários à criança bem como (4) uma maior satisfação pela assistência recebida (Ramalhão AB *et al*, 2003; Scochi *et al*, 2003; Tavares AS *et al*, 2006). A amamentação confere às mães uma sensação de bem-estar, permitindo a aproximação e vinculação com o seu bebé (Scochiet *et al*, 2003; Tavares AS *et al*, 2006). Durante o internamento em OBS/UCIN/Pediatria, foi necessário permanecer desperta para as mães que não o podiam fazer, oferecendo-lhes informação e auxílio na extracção de leite com bomba, para posteriormente ser administrado por sonda, copinho (UCIN) ou tetina. Além de toda esta preocupação vigente em torno das correctas práticas da amamentação, foi-lhes proporcionado apoio para os cuidados às mamas, evitando assim os maiores problemas descritos na literatura: a diminuição da produção do leite e a ingurgitação mamária (Tavares AS *et al*, 2006), chegando mesmo a ocorrer uma mastite bilateral numa das mães (Pediatria), que apesar de aceitar todos os conselhos de descongestionamento mamário, recusou deixar de amamentar por períodos, conseguindo apenas que utilizasse o mamilo artificial, para diminuir a sua dor enquanto o fazia. Na preparação da alta hospitalar é necessário ter em conta três aspectos educativos: (1) promoção do vínculo com o ambiente hospitalar (UCIN e Pediatria), (2) acções educativas criadas conjuntamente entre profissionais e familiares (últimos esclarecimentos sobre cuidados importantes a ter com a criança) e (3) estratégias de suporte definidas para o grupo de pais (Couto FF *et al*, 2009). O vínculo com o hospital funciona para os pais como uma rede de segurança para o trapezista, nestes casos estabelecido por ligação telefónica com o serviço no caso de dúvida. Na UCIN, outras iniciativas como o BabyCare e BabyPhone, foram desenvolvidas, para promoção de contacto entre pais e equipa de saúde: promovendo o BabyCare, a visualização do bebé no domicílio através da instalação de uma câmara no berço entre as 21h-9h (período em que os pais por norma não se encontram na Unidade) e o BabyPhone, um projecto inovador relacionado com o Follow-Up telefónico das crianças/pais anteriormente internados na UCIN, aferindo as suas dúvidas e necessidades sentidas no domicílio. Projecto este assente nas dificuldades inerentes ao processo de adaptação dos pais em casa, normalmente reveladas pelo medo e insegurança, especialmente aqueles que necessitam de cuidados especiais (Tronchin D *et al*, 2006; Couto FF *et al*, 2009). A rede de suporte comunitária é indispensável aos pais que dela necessitam, assim sendo, o Enfermeiro deve identificar e favorecer os recursos de apoio necessários à família (Weinberg R *et al*, 2001), tendo sido mobilizada a assistência social e o centro de saúde da área de residência dos pais, para a obtenção de apoio domiciliário (recursos humanos e equipamentos), quer na UCIN, quer no Internamento de Pediatria. As visitas constituíam um momento prazeroso de suporte, onde os pais podiam partilhar as suas experiências referentes à hospitalização, à evolução ou estagnação do processo de doença do filho e algumas vezes o único momento em que delegavam a função de vigilância do seu bebé, a alguém da sua inteira confiança, ausentando-se para descansarem (especialmente na Pediatria), sendo a família uma mais-

valia no fornecimento de apoio emocional, além da promoção do contacto afectivo (Scochi CG *et al*, 2003).

OBJECTIVO ESPECÍFICO DO MÓDULO II

Desenvolver competências na maximização do potencial de crescimento da experiência da doença e de hospitalização, junto da Criança/Família || Diminuir o impacto da hospitalização no processo de crescimento e desenvolvimento da Criança.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II

Utilização: do Jogo/ Brincadeira :: do Boneco de Transição (representação no boneco) ||
Promoção: do contacto pais-filho :: do Autodomínio :: da Socialização Parental em Grupo.



O evento da hospitalização traz consigo um simbolismo de fragilidade, de desconforto e receio da morte (Lucon CB, 2008). A criança é um ser em desenvolvimento, e como tal, não se encontra preparada emocionalmente para encarar a experiência de hospitalização de uma forma leviana, tornando-a num evento traumático. Outras vezes a criança/ família possuem ideias pré-concebidas sobre um episódio de internamento, carregando consigo significados particulares que dificultam o processo de hospitalização. Quando a criança sofre um processo de internamento, arrasta consigo não só a doença como as suas ansiedades, fantasias e desejos; ansiedade muitas vezes relacionada consciente ou inconscientemente com a inexistência de um Enfermeiro de Referência com quem ela se possa vincular, desencadeando relacionamentos subjectivos. O Enfermeiro pode ajuda-la na aceitação do processo de doença e hospitalização, integrando o *olhar técnico* (fazer), ou seja, permitindo-lhe manejar todos os objectos que vão ser utilizados no seu cuidar e, o *olhar sensível* (ser), permitindo-lhe a oportunidade de ser criança. Estes dois tipos de olhar complementares oferecem à criança segurança no recinto hospitalar, porque o poder manusear os objectos lhe imprime um sentido de poder de escolha e decisão e a permissividade em ser criança, lhe restitui a oportunidade em ser espontânea e criativa, condições estas auto-curativas e terapêuticas (Oliveira M *et al*, 2009; Medina LB, 2001). A utilização do **jogo, do brincar e da representação no boneco** (boneco de transição), constituem ferramentas favoráveis à diminuição do impacto da hospitalização na criança. Permitem-lhes olhar o espaço hospitalar como acolhedor e não como conflituoso ou inflingidor de dor. O **jogo** implica representação de acordo com um sistema de regras (Lucon CB, 2008). Os jogos aplicados com as crianças com idades compreendidas entre os 24-36 meses, tinham a característica de serem simbólicos ou imaginativos, na maior parte das vezes assumiam o papel de médicos ou enfermeiros, exercendo os seus curativos de forma brilhante e exímia, sobre o pai, sobre a mãe e sobre o profissional de saúde. Este tipo de jogos inclui-se no *faz-de-conta*, em que as regras são reguladas pelas crianças (internas), ordenando e conduzindo a brincadeira para onde

quiserem. O brincar caracteriza-se pelo simbolismo do prazer, da alegria e do sorriso. A brincadeira é composta não só pelo brinquedo como pelo acto lúdico em si, tendo sido sempre encorajados os pais a utilizarem os espaços livres, onde estes pudessem deixar fluir o seu extenso imaginário infantil (como por exemplo, os corredores), nunca se dissociando dos seus brinquedos, que enquanto objectos assumem sempre o suporte da brincadeira (Lucon CB, 2008). As crianças apropriam-se de experiências dolorosas através do brincar, um espaço de ilusão situado entre o real e a fantasia, passando então a ser sujeito e não somente objecto da experiência vivenciada (Leite JA *et al*, 2000). Através do **boneco de transição**, exercem o que há de mais característico entre os 12-36 meses: a necessidade de visualização do acontecimento sob a forma de comunicação com o seu boneco, no sentido figurado da sua auto-representação – o que o boneco sentir, ele também sente (ferramenta esta vulgarmente utilizada em procedimentos invasivos como a colocação de CVP's, ligaduras, adesivos ou realização de tratamentos a feridas). No que respeita à minimização do medo e lesão corporal, os curativos realizados às crianças devem ser maiores do que aqueles que as feridas exigem, no sentido de se atribuir maior significado ao seu ferimento para posteriormente se reduzirem em tamanho, permitindo à criança medir a sua cura e a sua melhoria (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Nos tratamentos efectuados a feridas complexas, durante o internamento, os adesivos utilizados eram os ajustados ao seu tratamento, no sentido de não causar mais incómodo (permitindo-lhes conservar a sua mobilidade), sem nunca antes ter sido considerada a potencialidade desta afirmação anterior. Como existe um despreparo nas crianças face à experiência de hospitalização e a todos os procedimentos invasivos, o princípio do medo de algo desconhecido resulta numa exacerbação da sua fantasia, sendo por isso importante que o Enfermeiro diminua os elementos desconhecidos ou causadores de *stress*, para que consigam canalizar as suas energias no encarar do internamento como factor potencial de crescimento, enquanto experiência de vida (Fonseca PN *et al*, 2005). Durante este internamento hospitalar, foi frequente a ocorrência de comportamentos regressivos por parte das crianças, mencionados pelos pais como: o incontrolado de esfíncteres, a enurese nocturna, a recusa alimentar e a redução do vocabulário utilizado; comportamentos estes explicados, como consequências emocionais da hospitalização (Fonseca PN *et al*, 2005; Leite JA *et al*, 2000). A hospitalização também acarreta mudanças positivas na vida dos pais/criança. Estas mudanças são apelidadas de *benefícios potenciais da hospitalização*, orquestradas em 3 domínios: **(1)** cultivo das relações pais-filho, **(2)** promoção do autodomínio e **(3)** promoção da socialização (Hockenberry MJ *et al*, 2006). No caso de algumas famílias, o internamento foi importante na consolidação de algumas estratégias de enfrentamento de doença e na aprendizagem parental sobre crescimento e desenvolvimento das crianças. **A título de exemplo do primeiro domínio:** quando são explicados os mecanismos de associação existentes entre o medo e os comportamentos regressivos/agressivos da criança e o comportamento sugestivo de cólica e o choro inconsolável, foram fornecidas ferramentas importantes aos pais, que lhes permitem descodificar algumas atitudes e comportamentos, ajudando-os e apoiando-os de forma positiva

durante a hospitalização e após a alta. Numa criança internada com diagnóstico de recusa alimentar, comportamentos autodestrutivos e transtorno do ciclo de sono e, que diminuíram durante a hospitalização, facilmente se estabelece a sua correlação com a angústia de separação parental. Esta resolução temporária do problema, simulou um alerta. Em casa, a mãe raramente estava presente devido a um trabalho exigente, confinando a educação do seu filho a um familiar. Com a hospitalização e a habitação conjunta, a díade conseguiu reconstruir alguns laços, cultivou estratégias de reaproximação e obteve resultados comportamentais positivos. Uma criança hospitalizada durante 5 meses, proveniente de um lar conturbado, abusivo e destrutivo, em habitação conjunta com a sua mãe. A hospitalização funcionou como refúgio de problemas sócio - familiares existentes no domicílio, permitindo à criança desenvolver potencialidades e à sua mãe descansar de uma vida com a qual não tinha sonhado. Algumas vezes referenciado pela mãe como um *alívio*, os 5 meses de internamento conjunto, foram *os melhores momentos que passamos as duas*. Crianças hospitalizadas conseguem restabelecer sentimentos e comportamentos indicativos de apoio, segurança e confiança, a partir de novas relações construídas com os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros e, com a reestruturação dos laços afectivos com os seus pais (Hockenberry MJ *et al*, 2006). **No que respeita ao segundo domínio:** a experiência de enfrentar uma hospitalização, constitui na criança uma oportunidade para esta desenvolver o seu autodomínio, relativizando os seus medos fantasiados face aos reais. A título de exemplo espelho o caso de um menino com doença crónica e 36 meses de idade, vítima de inúmeras intervenções cirúrgicas com colocação de CVC em todas elas. A percepção que este detinha do hospital não era mais fantasiada, era um local onde vinha ser tratado quando se sentia pior. Normalmente exibia-me as suas cicatrizes como marcas de sobrevivência, cercadas por um sorriso aberto, completando a sua vanglorização com uma gargalhada enorme a título de ausência de dor. Este menino de 36 meses tinha desenvolvido uma capacidade esplêndida de autocontrolo e independência, colaborando em todos os cuidados prestados com a máxima assépsia possível (lavava e desinfetava as mãos antes de abrir o seu penso do CVC e imediatamente expunha a via do cateter a utilizar para administração de terapêutica). Este comportamento é justificado pelo orgulho sentido na sobrevivência às intervenções e no auto-respeito desenvolvido pelos seus feitos (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Como Enfermeira, restava-me enfatizar e reforçar os seus comportamentos perfeitamente ajustados, auxiliando o alicerçamento desses sentimentos de autodomínio. **Relativamente ao exemplo do terceiro domínio:** a hospitalização pode promover o desenvolvimento de um ambiente propício à socialização, reunindo em enfermarias crianças com a mesma faixa etária, que partilhem interesses e brincadeiras conjuntas. No Internamento de Pediatria, a socialização é promovida entre os pais com crianças que partilhem a mesma condição ou o mesmo estadió de doença, uma vez que estas são distribuídas consoante o seu foco patológico e não consoante a sua idade. Aqui a tónica é sem dúvida a doença e a prevenção de infecções cruzadas. No entanto esta partilha entre pais, especialmente de meninos com doença crónica, funcionava como um

grupo de ajuda e de amparo, chegando inúmeras vezes a serem os primeiros a quem recorriam quando as notícias que chegavam não eram as melhores. Ninguém melhor do que um pai, para compreender o outro. Entre si partilhavam refeições e até a supervisão das crianças, quando um não estava. Enquanto Enfermeira, aprendi muito com todos eles: conversei, partilhei e incentivei à partilha, como se de um grupo de auto-ajuda se tratasse. O enfermeiro deve estruturar o ambiente, de maneira a cultivar um grupo em que se promova todo o apoio possível (Hockenberry MJ *et al*, 2006).

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO II

Compreender o impacto da doença crónica nos processos de vida da criança bem como na dinâmica familiar || Assistir os pais de crianças/ crianças com doença crónica, nos processos de transição vivenciados.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II

Realização de pesquisa bibliográfica, para contextualização da problemática || Exercício de *Coaching* Parental, na promoção da sua autonomia na prestação de cuidados à criança :: Realização do Guia de Orientação Parental - *Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita*.



De acordo com a conceptualização de doença crónica ou de condição crónica (Silva MG *et al*, 2001), esta caracteriza-se pelo seu curso demorado, progressivo, com necessidade de tratamentos prolongados, hospitalização e pelo seu impacto na capacidade funcional e psíquica na criança (Piccini CA *et al*, 2001). A doença crónica na infância objectiva consequências emocionais precoces tanto para a criança como para a sua família, especialmente no que respeita a relação mãe - filho e alterações importantes na sua dinâmica e estrutura familiares pelas dificuldades enfrentadas e os possíveis riscos de ajustamento a que se encontram expostas: *stress* familiar e ruptura nos relacionamentos/ funcionamento (Piccini CA *et al*, 2002; Vasconcelos R, 2008; O'Brien I *et al*, 2009). Entenda-se família como um grupo de pessoas que se relacionam entre si, de tal modo que qualquer alteração num determinado membro afecta todos os elementos restantes (Sprovieri M *et al*, 2006). A maneira como a criança/família enfrentam a doença crónica está associada a factores de organização e interacção familiares (Viana V *et al*, 2007), que actuam como moderadores dos efeitos da doença (a título de exemplo, numa família monoparental em que a mãe assume todos os cuidados da criança, levando à sua exaustão, contrariamente às famílias que se entrecorrem). Existem alguns vectores importantes determinantes do tipo e curso da doença, como **(1) as características familiares relacionadas com a coesão** (envolvimento mútuo e interdependência), adaptabilidade (famílias rígidas resistem à mudança, existindo dificuldade em mudar de regras e procedimentos mediante a variabilidade dos contextos; estas famílias, vivem constantemente em *stress* dado o défice de mecanismos homeostáticos e de *coping*),

interacção (existência de: superprotecção da criança, constante preocupação, deficiente capacidade para resolverem conflitos, negligência de outros filhos, declínio da relação conjugal) e o **(2) envolvimento da criança nos conflitos do casal** (usam a doença como elo de ligação e comunicação, como no caso dos casais divorciados ou em processo de divórcio) (Viana V *et al*, 2007). O choque de uma perda ou de uma doença crónica na criança, ao atingir a família demanda exigências enormes no que respeita à sua organização, à sua dinâmica e no estabelecimento de novos objectivos. A família começa a viver um projecto de vida com rotinas muito exigentes e rigorosas, devido às visitas médicas constantes, ajustes de terapêutica e hospitalizações recorrentes (Piccini CA *et al*, 2002). Os pais passam a viver em função directa da criança e das suas exigências, o que em termos de hospitalização, acarreta muitas vezes a escassez dos recursos familiares, nos casos em que um dos pais se desemprega para se tornar disponível para o *cuidar* a tempo inteiro. Outorga-se que estes sentem o seu papel parental, de forma mais exigente do que em situações de crianças saudáveis (Furtado MC *et al*, 2003). Reconhecendo esta afirmação como verdade, todos os pais foram encorajados a participar nos cuidados da criança, para que a sua autonomia e independência comesçassem a desabrochar. Nesta fase de *coaching*, detectava-se na sua maioria défices de *coping* e de adesão ao regime terapêutico, como uma das fases conturbadas de transição para o papel de prestador de cuidados (Viana V *et al*, 2007). Os mecanismos de *coping* utilizados são normalmente similares entre os pais e diferentes entre as crianças, até ao atingimento de um mesmo estado de resiliência (Miller R, 2002). Para atingir o estadio de resiliência, é necessário haver sentimentos de esperança e não de resignação (Mednick L *et al*, 2007). Esta transição para a adaptabilidade ou ajustamento à condição crónica de doença, efectiva-se quando a criança/pais apresentam melhorias na sua qualidade de vida, bem-estar e auto-estima positiva (Sharpe G *et al*, 2006). As mães de crianças cronicamente doentes, carecem de apoio emocional e de informação, necessitando de partilhar sentimentos e de encorajamento nas suas habilidades cuidativas (Piccini CA *et al*, 2002). Era muito frequente que me procurassem, como confidente da sua ansiedade e medo, face ao diagnóstico e à possibilidade da perda do seu filho (tentavam explicações claras sobre a doença e suas consequências). Em muitos momentos, referenciavam ou murmuravam sentimentos de culpa. Culpa esta auto ou hetero-dirigida, que terminava em alguns casos em separações conjugais litigiosas e guarda partilhada da criança. Durante este Módulo de Estágio foi também um privilégio compreender o papel exercido pelo pai da criança, que na sua maioria não exteriorizava sentimentos para garantir o correcto apoio à família, encobrindo o seu *stress* e as necessidades pessoais para conseguir sustentar o papel de cuidador familiar, mantendo o seu emprego e as suas rotinas. A presença de uma doença crónica implica um esforço por parte da família no sentido de integrar a desordem na sua organização interna (Santos CA, 2003). No contacto com os pais em fase de transição para a adaptabilidade ou ajustamento compreendia-se o seu empenho no sentido da aquisição de estilos próprios de comunicação com o seu filho, do estabelecimento de regras e na potenciação das suas crenças, como forma

de garantirem a sua estabilidade e homeostasia familiares (Sharpe G *et al*, 2006; Aldrige MD, 2008). A espiritualidade emerge como recurso positivo ao longo da trajetória de doença (Santos CE, 2003). Os pais assumem um papel fundamental no restabelecimento do seu filho com doença crónica com a redução da sua ansiedade frente ao conhecimento de doença, tornando-os capazes de o assistir adequadamente em todas as suas necessidades, é possível transforma-los em elementos multiplicadores de experiências positivas e, contribuidores directos para a melhoria da qualidade de vida da criança (Furtado MC *et al*, 2003).

Dentro de inúmeras doenças crónicas prevalentes na criança, a cardiopatia congénita assume-se como a mais frequente, encontrando-se presente em quase 1% dos recém-nascidos vivos (Kruijverl, 2001) e correspondendo a 7%, das crianças assistidas durante o Estágio no internamento. Após detecção de um défice de conhecimento parental, sobre as necessidades das crianças com patologia cardiocongénita não corrigida, nomeadamente nas humanas básicas, decidi abordar esta temática como Foco de Intervenção em Enfermagem. A realização de um Guia de Orientação Parental (**Anexo XLVI**) intitulado de *Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita*, assumiu-se como a melhor estratégia de difusão da informação: simples e clara, de forma a abranger a literacia de cada progenitor. No decurso de um aprofundamento literário sobre a criança portadora desta doença crónica, foi realizada uma revisão bibliográfica [2000-2010] no sentido de tecer resposta às principais necessidades parentais reportadas pela bibliografia consultada, nos domínios: **(1)** do conhecimento da doença, **(2)** dos cuidados com a alimentação e **(3)** do exercício físico Vs repouso da criança.

COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Desenvolver competências comunicacionais na assistência de Enfermagem à Criança/Família :: Promover um ambiente facilitador de relação terapêutica, fundamentado no respeito pelos direitos humanos, direitos das crianças e responsabilidade profissional.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS MÓDULOS

ATIVIDADES TRANSVERSAIS | Utilização do *Feedback* e Humor :: Adopção de *Comportamentos Terapêuticos* :: Gestão de Ambiente Físico. **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA** | Utilização do Quadro Mágico, do Desenho e da Representação no Boneco (Boneco de Transição). **ATIVIDADE DESENVOLVIDA NA UCIN** | Utilização da Comunicação guiada por Imagem. **ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA** | Aplicação do processo de *descondicionamento* do comportamento da criança :: Utilização da estratégia do

reforço positivo (social, material e de actividade) :: Prestação de apoio na Transmissão de Más Notícias.



O aprofundamento de competências relacionais assentou na promoção de um ambiente facilitador de verdadeiras relações terapêuticas com as famílias, no respeito pelo seu estadio biopsicossocial, crenças, culturas e valores familiares. A instilação de sensibilização, consciencialização e respeito pela identidade cultural dos indivíduos, é ainda necessária na equipa multidisciplinar, para que os profissionais reduzam os seus juízos de valor e assumam condutas de ajuda apropriadas à situação familiar dentro do seu contexto de multiculturalidade. A EESIP prioriza o atendimento à criança independentemente da sua culturalidade, no entanto entendida como um ser vulnerável e dependente, o respeito pela tomada de decisão parental ainda que suportado por crenças culturais deve ser efectivado. Cabe ao Enfermeiro desmistificar as falsas crenças sem coagir. O ambiente terapêutico promovido foi suportado pela gestão do ambiente físico (diminuição do ruído e aumento da proximidade) e pela adopção de *comportamentos terapêuticos* como a manutenção do contacto visual, a promoção dos comportamentos gestuais e a verbalização de sentimentos e comportamentos. Estes comportamentos devem assentar numa postura empática, na aceitação desprovida de julgamentos, na autenticidade e autoconfiança, demonstrados durante todo o percurso profissionalizante (Serafim S, 2005).

A palavra *comunicar* provém do latim *communicare*, ilustrando o compartilhar, ligar ou unir (Almeida J *et al*, 2000). O Enfermeiro como principal agente de mudança na área da saúde deve assim exercer um tipo de comunicação assertiva, que lhe permita humanizar os seus cuidados através da ligação criada com o *cliente*. A comunicação é em si, um processo dinâmico e evolutivo, constituindo a formação para o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, um dos principais focos merecedores de atenção por parte da classe de Enfermagem (Kruijver I, 2001). Quando se abordam faixas etárias dispersas como a dos pais e das crianças, torna-se necessário adaptar a mensagem transmitida à capacidade interpretativa do receptor, para que a mensagem possa ser decodificada. As capacidades de comunicação inserem-se inicialmente na capacidade do Enfermeiro analisar o nível de literacia/ cultural do indivíduo, para que posteriormente adopte estratégias para a compreensão do que é partilhado. O relacionamento com pais e crianças deve ser realizado tendo por base a *negociação* da sua participação em todo o processo de cuidar, já com o adolescente os contratos de saúde são mais complexos, dadas as características próprias dessa fase, em que as regras são construídas para serem quebradas. Contrariamente aos primeiros cuidados inseguros, a comunicação sempre constituiu uma competência relacional inata que já possuía bastante alicerçada e sedimentada: com os adultos. Sempre dinamizei a comunicação com muita expressividade corporal e contacto ocular, constituindo uma óptima estratégia veiculadora da mensagem, porque permite enfatizar os pontos mais importantes e impregnar de criatividade o que pretende ser dito. Durante os ensinamentos enfatizados à família, procurava

adequar o que era transmitido ao grau de compreensão do interlocutor, pedindo no final da mensagem um *feedback* do que tinha ouvido, para perceber o seu grau de compreensão. E quando a mãe é surda-muda? Usamos a criatividade. Quando abordamos a importância da comunicação em Enfermagem, por norma, salientamos a comunicação verbal como a mais importante de ser confeccionada até à perfeição. E que importância conferimos à paralinguagem? Ouvir consiste num processo activo que requer concentração e atenção em todos os aspectos – verbal, não-verbal e abstracta (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Deste modo, com a mãe surda-muda na UCIN trabalhamos uma série de figuras representativas de uma linguagem abstracta (**Anexo XLVII**)²⁶. Imprimimos em folhas diferenciadas algumas imagens relativas a comportamentos promovidos na unidade, relacionados com a prestação de cuidados ao bebé e através da paralinguagem universal, se compreendia a efectivação dos ensinamentos prestados: o sorriso demonstrava a sua satisfação, as lágrimas a sua preocupação, o abanar da cabeça a não compreensão e o levantamento dos polegares a total compreensão da mensagem veiculada.

As crianças constituem um grande desafio à comunicação em Enfermagem, porque existe uma necessidade premente de compreender as competências cognitivas inerentes aos seus estádios. A título de exemplo, relembro três casos clínicos de crianças admitidas no SUP (**Anexo XLVIII**)²⁷ que exigiram estratégias comunicacionais criativas e individualizadas, de acordo com as suas necessidades de informação: comunicação por *quadro mágico*, pelo *desenho* e pela *representação no boneco*. Todas estas crianças iriam padecer de actos invasivos dolorosos: uma punção lombar, uma cirurgia ortopédica por fractura do braço e colocação de um dreno torácico. Como podem crianças de 4 e 6 anos, exercer o seu direito de escolha e de autodeterminação de uma forma tão ou mais convincente que um adulto? É indescritivelmente importante, que o Enfermeiro utilize uma linguagem compatível com o estádio de desenvolvimento da criança (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Assim, nos casos clínicos *Miguel* e *João*, ambos com 4 anos, foi importante a utilização de frases simples e curtas para explicar os procedimentos, repetindo palavras que já lhes eram conhecidas, havendo preocupação em utilizar termos que não assumissem outras significações mentais: uma vez que crianças no estádio compatível com a primeira infância interpretam todas as palavras no seu sentido mais puro, não existindo lugar para abstracções ou analogias. Foi igualmente importante compatibilizar a linguagem - verbal com a paralinguagem, porque poderiam pressentir algo de errado na entoação da voz, na frequência rápida da fala e nos silêncios utilizados, interpretando-os como mentira. A qualidade de voz trai os sentimentos e o estado de humor, declarando verdadeiramente o que sentimos e que pretendemos ocultar (Gotze MM *et al*, 2002). A veracidade das afirmações é o único caminho possível para a negociação com as crianças. Foi também muito importante deixar-las manusear os “objectos” que iriam ser utilizados: conferindo-lhes poder de escolha e decisão. Em crianças com esta idade, não

²⁶ Este Anexo demonstra alguns exemplos da sinalética utilizada na comunicação com uma mãe surda-muda.

²⁷ Neste Anexo figuram as diferentes estratégias de comunicação utilizadas em três Casos Clínicos, atendidos no SUP – HSJ.

importa comparar o seu caso com o das outras crianças, uma vez que o egocentrismo lidera o seu mundo, não se deixando influenciar pelas suas experiências. Através do quadro mágico e do boneco de transição, exerceram o que há de mais característico nesta idade: a necessidade de visualização do acontecimento sob a forma de *desenho dirigido*, em que solicitam ao adulto para o fazer sob algumas directivas e, sob a forma de comunicação com o seu boneco *Snoopy*, no sentido figurado da sua auto-representação – o que o *Snoopy* sentir, ele também sente (Hockenberry MJ *et al*, 2006). No caso clínico *Diogo*, com 6 anos de idade, a estratégia de comunicação foi outra. Assim como qualquer outra criança em fase escolar, dependem mais do que sabem do que aquilo que vêem: era um questionador nato e difícil de satisfazer. Gostava de saber sobre a essência das coisas: gostava de explicações e motivos para tudo. Precisava de saber como o procedimento decorria e porque era realizado dessa maneira. Crianças nesta fase escolar preocupam-se com a sua integridade corporal, em virtude do valor que estas colocam no seu corpo (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Assim, recordando-me do *Iron Man*, pela sua representação da virilidade e força humana e, equiparando-o ao mesmo após a cirurgia, conferi-lhe uma sensação de poder que iria usufruir junto dos pares: transformando o questionador num participante entusiasmado. O humor e as brincadeiras funcionam como uma estratégia motivadora de crianças e família, para assunção dos seus papéis em saúde. Apesar de todas as estratégias comunicacionais válidas, numa óptica pessoal, o sorriso é uma arma fundamental e infalível numa comunicação bem-sucedida: demonstra disponibilidade, confiança e facilita a comunicação expressiva de emoções.

Com o adolescente os contratos de saúde são mais complexos, dadas as características próprias dessa fase, em que as regras são construídas para serem quebradas. É um erro olhar o adolescente como um adulto com a sua sabedoria e o seu controle, quanto é um erro assumir que o adolescente tem as preocupações e as expectativas de uma criança (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Durante o estágio efectuado no SUP, por diversas vezes foram atendidos adolescentes de forma urgente, menos diversificadas eram as urgências das suas causas de admissão: overdoses, intoxicações medicamentosas ou alcoólicas entre algumas formas camufladas de doença aguda. Aquele que nos parece tender para a maturidade de um adulto, inicialmente aderindo ao plano terapêutico traçado, confrontando-se com alguma tensão pode exalar hostilidade, prepotência e direccionar de forma agressiva alguma raiva contida, ou potenciada pelas substâncias consumidas. Esta é a flutuação de pensamento existente: entre o do adulto e o da criança. No estabelecimento de comunicação efectiva, deve existir uma preocupação e interesse efectivos na sua condição de saúde e bem-estar. Inúmeras vezes as pequenas conversas de cariz profissional abrem portas para um local seguro, onde podem exprimir os seus sentimentos, especialmente longe dos pais: onde o Enfermeiro é o seu porto seguro. Recordo-me dos 17 anos da *Joana*. Dava entrada por odontalgia mas o que efectivamente pretendia era cama e roupa lavada para poder dormir. Prostitua-se durante o dia, não tendo para onde ir durante a noite, ficando internada em OBS para ser encaminhada para a assistente social. Não proferia palavra alguma. Reparei que ninguém a observava:

ninguém a viu...durante horas. O que faço com o que vejo? Será que por cada hora que passa, ela transparece até se extinguir...como se nunca cá estivesse estado? O que se passa com quem Cuida? Entreguei-lhe roupas lavadas, esponja e sabão. Indiquei-lhe o WC e providencie uma sopa quente. No fim forneci-lhe um analgésico. Virei costas e recebi um gentil *Obrigada*, seguido de um *Como te chamas?* e a constatação de *...és nova aqui....* Este foi o início possível de uma conversa aparentemente impossível com uns 17 anos problemáticos. O adolescente rejeita pessoas que tentem impor os seus valores, cujo interesse seja dissimulado ou que pareçam ter pouco respeito por quem eles são e pelo que pensam ou dizem (Hockenberry MJ et al, 2006).

As crianças antes de adquirirem competências linguísticas manifestam-se livremente pelas formas não - verbais, ou seja, antes de exercerem o seu direito à palavra espelham o que pretendem através da sua linguagem corporal. Quando estas adquirem esta capacidade comunicativa verbal, parece haver um certo esquecimento de que as suas mensagens corporais existem de igual forma. A título de exemplo, relembro os casos de todos os meninos no Internamento de Pediatria a quem era questionada a presença de dor e à qual respondiam negativamente, não porque não a tivessem mas porque sabiam que essa afirmação implicaria uma acção dolorosa por parte da Equipa de Enfermagem, no sentido de a diminuir. Se o Enfermeiro centralizar o seu cuidado apenas na comunicação verbal, perderá toda esta informação importante transmitida pela expressividade corporal. Quando os meninos diziam não ter dor, normalmente protegiam a parte dolorosa como se a quisessem ocultar, embora as linhas da face se encontrassem um pouco contorcidas e revelassem precisamente o contrário. Analisando esta problemática da dor sob a teoria Behaviorista de Watson, existem três conceitos aqui implícitos: o *reflexo condicionado*, a *transferência* e o *descondicionamento* (Zilio D et al, 2006). Como *reflexo condicionado*, encontramos o comportamento de medo manifestado pela criança associado à questão *Tens dor?*, porque correlaciona o estímulo com alguma intervenção dolorosa por parte da equipa de Enfermagem, no sentido do seu alívio (a colocação de um CVP para analgesia mais eficaz, a realização de um penso com manipulação da ferida [...]). A *transferência* existe quando a criança generaliza o seu medo para tudo o que esteja potencialmente envolvido no tratamento da dor, ou seja, quando lhe mostramos um CVP ou uma ligadura para ela manipular. O *descondicionamento* remete-se à capacidade da criança desaprender a ter receio de revelar a verdade e dos procedimentos a efectuar nesse caso. Esta terceira fase Behaviorista cursa com as competências relacionais e comunicacionais do Enfermeiro, acima supracitadas. Para o *descondicionamento* da criança face à questão *Tens dor?*, foram utilizadas estratégias perpendiculares ao seu estadio de desenvolvimento cognitivo, como a utilização de anestésicos locais sob a forma de pós *pri-lim-pim-pim*, em que acreditavam fielmente. As crianças num estadio cognitivo correspondente ao pensamento pré-operacional (24-36 meses), relacionam a dor com eventos físicos e como punição de actos errados (Hockenberry MJ et al, 2006). De acordo com as mesmas autoras, este comportamento de aceitação dos analgésicos sob a forma de *pó mágico* encontra-se ainda no

mesmo estadio desenvolvimental, relacionando-se com a sua percepção do desaparecimento da dor, como algo sobrenatural. O *reforço positivo* funciona como uma óptima estratégia recompensadora do comportamento adequado, aumentando a probabilidade da sua repetição (Weinberg R *et al*, 2001). Estas estratégias comunicacionais foram colocadas em prática tanto com os pais como com as crianças no Internamento de Pediatria, recorrendo aos reforços sociais com os progenitores (um sorriso, um elogio ou um cumprimento) e aos reforços materiais (atribuição de uma medalha ou um troféu simbólico, por exemplo uma seringa) e de actividade (possibilidade de realizar um jogo diferente e de assistir a um concerto musical no átrio da Pediatria) com as crianças (Weinberg R *et al*, 2001).

Quando se comunicam más notícias aos pais de crianças internadas, deve ter-se em consideração uma série de aspectos no sentido da sua humanização e, na aceitação da heterogeneidade comportamental face a esta. Será que a forma como é comunicada a notícia influencia a sua essência dolorosa, ou independentemente de como é comunicada nunca deixará de ser má? Quando se aborda a transmissão de uma mensagem penosa e sofrida como esta, deve existir alguma preocupação com factores que a possam influenciar directamente, como as crenças e valores pessoais, os afectos e as emoções, as questões sociais envolvidas, a imaginação, a cognição e o pensamento (Lahad M, 2007). O nível socioeconómico, cultural bem como o género e a idade, pode igualmente interferir no impacto psicológico da notícia sobre quem a ouve (Cavalcanti DR, 2005). Estes constituem estilos de enfrentamento de más notícias. Os humanos como conscientes que são da sua finitude, assumem algumas opções perante a inevitabilidade da morte, como o desvio, a fuga, a ocupação e a preocupação (Costa JS, 2009). Esta visibilidade individualizada sobre o fim entranha-se na forma como a notícia é comunicada ou transparecida, bem como na esperança instilada ou afugentada aos pais da criança em questão. Analisando estes trechos literários, questiono-me: como poderei ser honesta sem destruir as suas esperanças? Antes que a comunicação efectiva se estabeleça, a relação Enfermeiro - pais deve permanecer alicerçada sobre uma base sólida, implicando o conhecimento da sua história, uma visão da criança como pessoa, a preparação do *setting* e a organização do tempo (Andrade AM, 2008). A preparação do *setting* é compreendida como a revisão dos dados que fundamentam a má notícia (Pennellot E *et al*, 2010;Andrade AM, 2008). No Internamento de Pediatria, dignificava-se e humanizava-se esta etapa com a preparação de um ambiente acolhedor, no sentido da conferência da maior privacidade à díade e na preocupação do envolvimento de pessoas significativas para os pais/criança. Em todo este cuidar em que me encontrei sobejamente envolvida procurei sempre ajuda-los na medida em que pretendiam sê-lo, ou seja, reconhecendo a sua necessidade de informação e encorajando-os a validarem as suas emoções. Emoções como o choro ou o silêncio devem ser sempre respeitados e nunca inibidos. O empenho e dedicação pessoal emergiam na construção da comunicação como elo fluido de partilha, clarificando o significado da notícia/informação de forma clara e simples, respondendo directa e honestamente a todas as perguntas realizadas. O Enfermeiro deve

deixar sempre uma *porta aberta* para que os pais o procurem para mais esclarecimentos (Pennellot E *et al*, 2010). E isto efectivamente acontecia quando ofertava a disponibilidade sobre as mais dóceis palavras: *estou aqui para o que precisarem, quando precisarem*. Esta oportunidade ouvinte era muitas vezes aproveitada para o trabalhar dos seus sentimentos de negação, revolta e depressão; sem nunca ter assistido à transição para a aceitação do fim: condição esta, muitas vezes subsequente à morte da criança. A fomentação de uma esperança realista quando o fim se encontra próximo e se anuncia como a única solução possível, passa pela sinceridade reconfortante expressa nas palavras: *apesar de não conseguirmos salvar o seu bebé, porque está muito doente, podemos ainda fazer muito por ele em termos de conforto (palição)*. *Não vai ter dor e se quiser pode leva-lo consigo para casa*. É necessário existirem algumas estratégias de *polidez num acto de fala*, para a diminuição da distância existente entre Enfermeiro - pais: **(1)** não impor a sua vontade face à dos pais, **(2)** oferecer alternativas viáveis e **(3)** permitir que o ouvinte se sinta bem, sendo gentil com ele (Andrade AM, 2008). Estar presente, acompanhar, suportar, partilhar e aprender com cada um dos pais e com cada uma daquelas crianças, exige uma disponibilidade complexa (Pennellot E *et al*, 2010). Apesar de a morte aparecer no domínio da saúde como algo incansavelmente combatido, continua a deixar-nos perplexos e impotentes com os seus desígnios. Durante toda a formação académica e profissional fomos conduzidos para valorizar o poder da intervenção, como se o *Cuidar* dependesse somente das intervenções para existir, o que não nos prepara para agirmos como catalisadores da angústia parental suportando igualmente a nossa, no momento do seu encaminhamento para a despedida do seu filho. Nada nos prepara para a assistência da criança/ família no seu processo de morrer. Nada nos prepara para parar e reflectir sobre os nossos limites.

2.2|DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

Neste domínio da *Formação*, a argumentação crítico - reflexiva documenta o esforço exercido no sentido da contínua renovação pessoal numa perspectiva auto-desenvolvimentista, bem como de outros profissionais através do orquestramento e implementação de um Projecto de Intervenção Comunitária e comunicação de resultados baseados na evidência.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral :: Promover a formação em serviço na área de EESIP :: Participar e promover a formação em serviço na área de EESIP.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO I

Sugerir/ orquestrar um Projecto de Intervenção de Enfermagem na Comunidade/Serviço, mediante necessidades detectadas || Diagnosticar e intervir sobre uma necessidade formativa, na Equipa de Enfermagem.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I

Construção do *Projecto Jovens em Risco* :: Dinamização do *Projecto Jovens em Risco* através de Posters e Marca - livros no Dia Mundial da Criança :: Realização: de um Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem sobre Maus-Tratos Infantis :: de um Poster Informativo sobre o Algoritmo de actuação, no caso de referenciação da criança a partir do Centro de Saúde || Realização: de uma Acção de Sensibilização sobre Maus-Tratos Infantis, a Pares :: de um Relatório de Avaliação da Sessão/Formação :: de uma Acção de Sensibilização sobre Maus-Tratos Infantis, à turma do 3º MESIP.



A Formação em Enfermagem articula-se com outros domínios indispensáveis à mesma: a investigação e a comunicação. Não é possível produzir uma acção de formação sem desenvolver capacidades investigativas e de comunicação: para ser formador não basta ser um bom orador. Um bom formador é um actor social que trabalha o acto pedagógico na sua multiplicidade e riqueza, não é um mero executor de tarefas. Deve ser um profissional capaz de teorizar as suas práticas e de as comunicar aos outros (Falcão A, 2008).

Como abordado no domínio da Prestação de Cuidados, o *Projecto Jovens em Risco* surgiu após a detecção de uma necessidade numa consulta de Enfermagem de Saúde Infantil: a de diagnóstico, encaminhamento e de articulação com outras entidades de níveis de intervenção diferentes. De acordo com Peixoto A (2007), a problemática das crianças maltratadas está a atingir em Portugal uma gravidade inesperada, uma vez que o seu problema radica do próprio contexto em que se encontra inserida. Considerado um Projecto de Intervenção de Enfermagem na Comunidade, direccionou-se primariamente para a Formação em Contexto Escolar, seguindo os trilhos do PNSE (2004-2010) objectivando a formação dos professores de ensino primário e básico (de acordo com a idade de incidência de maus tratos nas crianças). Após alguma maturação deste Projecto, foi apresentado à Enfermeira Tutora a sua contextualização teórica (**Anexo XLIX**), os seus objectivos gerais e específicos (**Anexo L**) e o plano de formação instituído (**Anexo LI**), que vimos ser aceite pouco tempo depois face a alguma resistência: era um Projecto ambicioso, novo e muito peculiar. Como qualquer outro Projecto, foi passível de ser alterado mediante uma organizada triagem de necessidades, emergindo a formação dos profissionais de Enfermagem do CS como prioritária, uma vez planeada a constituição e organização de um NACJR na Instituição. O acto de formar é necessariamente um apelo à mudança (Falcão A, 2008), tendo sido este o cerne de todo o trabalho desenvolvido. Enquanto se trabalha arduamente sobre as problemáticas, identificam-

se algumas estratégias que permitem assegurar que a Formação será mais do que um veículo portador de conhecimento. É necessário operacionalizar esse conhecimento, surgindo a oportunidade de implementação de um Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem sobre Maus Tratos (**Anexo LII**) em cada USF, instrumento este organizado através da directivas da DGS, do IACP e das CPCJ. A intencionalidade deste Instrumento, que assume a forma de check-list, deleitou-se sobre a possibilidade do profissional em cada consulta de Enfermagem sinalizar os factores de risco, de protecção ou de perigo que circundam cada criança/jovem, podendo consultar os parâmetros a considerar em cada suspeita de um tipo de maus trato específico. Outras estratégias de operacionalização desse conhecimento surgem sobre a forma de posters (**Anexo LIII**) e marca - livros (**Anexo LIV**) alusivos aos Direitos da Criança no Dia Mundial das mesmas (**Anexo LV**)²⁸, distribuídos os posters em cada Módulo e salas de espera do Centro de Saúde e os marca - livros pelos pais/tutores/educadores das crianças, com grande receptividade. O outro poster alusivo ao *Projecto Jovens em Risco* (**Anexo LVI**), pretendeu exemplificar o correcto encaminhamento destas crianças a partir do CS, dentro das normas da DGS em conformidade com o enquadramento legal português, ao qual os profissionais pudessem recorrer no caso de dúvidas.

Apesar do surgimento do Projecto no domínio da Saúde Escolar, permitindo a sua continuidade futura junto dos professores, combateu em primeira linha os grandes défices formativos de uma categoria profissional: a de Enfermagem. A exigência e a responsabilidade de uma Acção de Sensibilização Profissional (**Anexo LVII**) que não julgasse os erros cometidos e que subtilmente encaminhasse os profissionais para as articulações normativas da DGS (e do próprio CS, que se encontravam ainda em elaboração e por isso não disponíveis, segundo as Assistentes Sociais da ULS, com as quais reunimos). O grande objectivo do Projecto explanava-se sobre a explicação da articulação dos CS com as outras entidades superiores aos profissionais, permitindo um correcto encaminhamento dos mesmos, bem como o reforço de toda a legislação que regula estas matérias e a actuação profissional, combatendo assim a falta de encaminhamento por receio de represálias. No sentido da avaliação da sessão (**Anexo LVIII**), foi elaborado um inquérito que contemplasse a classificação dos conteúdos programáticos, o desempenho das formadoras bem como o material de apoio e recursos didácticos utilizados, para posteriormente se poder produzir um relatório estatístico, inferir e comunicar os resultados. Apesar do inquérito elaborado, os profissionais preferiram a utilização da Folha de Avaliação da Sessão da ULS (**Anexo LIX**), classificando estes mesmos itens quantitativamente, num mínimo de um e num máximo de quatro valores. Após a realização do Relatório Estatístico (**Anexo LX**), pude aferir que os resultados foram muito favoráveis e até mesmo surpreendentes, permitindo concluir que os objectivos da formação foram totalmente atingidos. Enquanto o Projecto decorria nas primeiras pinceladas, foi-nos proposta a apresentação do mesmo à turma do 3ºMESIP no ICS (**Anexo LXI**), pelas Professoras Orientadoras de Estágio, exigindo um referencial teórico mais sumariado no entanto com a

²⁸ Neste Anexo perfilam algumas fotos retiradas no Dia Mundial da Criança, no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

mesma vontade intrínseca: a de despoletar inquietações pessoais e de despertar os profissionais para uma problemática silenciosa mas insidiosa. Foi então realizado um pequeno *filme* onde pudesse expor a verdade de uma forma apelativa, tatuada e numérica. Surge assim o *filme* de sensibilização dos profissionais: o que daria início à Acção de Sensibilização no CS.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas :: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO I

Divulgar o Projecto de Intervenção na Comunidade, junto de audiências especializadas.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I

Apresentação do *Projecto Jovens em Risco* no ENE (Lisboa) sob a forma de Comunicação Livre e Poster.



A apresentação deste Projecto de Intervenção Comunitária permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da organização e divulgação de dados provenientes da evidência, que pudessem contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem. O ENE, evento que decorreu em Lisboa, permitiu a divulgação do Projecto junto de uma comunidade de Enfermeiros reunidos com intuito de olhar a prática, através da evidência. Com uma Comunicação Livre (**Anexos LXII**) e Poster (**Anexos LXIII**), foram anunciados os seus objectivos, as suas actividades bem como os resultados obtidos – a curto prazo - com o Relatório Estatístico, contribuindo para o atingimento das duas Competências supracitadas.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

OBJECTIVO TRANSVERSAL AOS MÓDULOS

Demonstrar a aquisição de competências de *coaching* e liderança, no processo de auto-aprendizagem e desenvolvimento.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS MÓDULOS

ACTIVIDADES TRANSVERSAIS | Realização: de auto-análise, definição de objectivos, métodos e campo de acção, em todo o percurso: de pesquisa bibliográfica sobre problemáticas emergentes :: do percurso *Grow*. **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DO MÓDULO II** | Participação: na Formação em Serviço sobre *Aerossóis em Pediatria*, na ULS :: no ENE.



Quando se reflecte sobre a importância da Formação em Enfermagem, reflecte-se sobre a importância do autodesenvolvimento, isto é, quando o indivíduo assume a responsabilidade pelo seu processo evolutivo, através de uma busca pessoal de recursos educativos que venham contribuir para a sua potenciação. Esta tornou-se uma das competências mais importantes para o profissional do Séc. XXI, permitindo que responda prontamente a mudanças aceleradas, que se adapte a novas realidades e que supere os desafios propostos, garantindo mais do que a sua simples sobrevivência (Dutra D, 2009). O processo pessoal de autodesenvolvimento inclui a formação e a investigação em Enfermagem como os principais recursos educativos, permitindo posteriormente que as competências de comunicação previamente desenvolvidas permitam espelhar este mesmo percurso a audiências especializadas. O ENE constituiu um desafio académico que me foi permitido abraçar, tornando-se num patamar académico mais rebuscado, permitindo aferir outras competências além das anteriormente adquiridas. Os desafios devem constituir algo mais do que a simples sobrevivência: devem permitir o desenvolvimento constante, ou seja, permitir ao indivíduo que se renove e que se ultrapasse, adoptando outra postura e estratégias para um mesmo problema, sem nunca se esquecer da sua visão pessoal, dos seus valores e do significado que confere ao seu trabalho na sua vida (Dutra D, 2009). Numa perspectiva de foro pessoal, represento a capacidade de iniciativa, de persistência e de automotivação, mesmo quando se torna difícil acreditar. A automotivação permite-me lidar de forma sadia com o fracasso, entendendo-o como um trilha para o sucesso: quer em termos profissionais, académicos ou pessoais. Permite-me redireccionar o meu caminho, colocando o cerne da questão no *porquê* e não no *quem*, usando o erro como fonte de aprendizagem. Apesar da automotivação e capacidade de iniciativa constituírem um forte impulsionador de autodesenvolvimento pessoal, considero a persistência como a arma de eleição para qualquer batalha: nunca podemos desistir daquilo em que acreditamos. O indivíduo que procura constantemente o seu autodesenvolvimento, deve ter uma marcada capacidade para estudar, uma curiosidade natural que se manifesta num interesse de descoberta e conhecimento, com base na persistência e automotivação (Dutra D, 2009). Como se autodesenvolve este indivíduo naturalmente questionador, interessado e persistente? Não basta a persistência, a automotivação e a capacidade de iniciativa: tem que existir um *coach*, ou seja, um treinador que funcione como um líder, norteado pelo valor supremo de auxiliar os outros a trilharem o seu próprio caminho. Funciona como o veículo para a descoberta e melhoria (Rego M *et al*,

2004). O processo de autodesenvolvimento engloba quatro etapas essenciais: **(1)** a de auto-análise (como a capacidade crítico - reflexiva, demonstrada neste relatório), **(2)** a presença de um *coaching* que contribua para o autodiagnóstico através de *feedbacks* positivos (a benesse de ter um orientador presente, disponível e acessível, que coloca desafios e acredita no sucesso como único resultado possível), **(3)** a definição de objectivos e métodos adequados para o seu atingimento (a realização de um Projecto de Estágio, a definição de objectivos específicos para cada Módulo bem como a sua justificação neste relatório) e **(4)** a acção (partir de pequenos e humildes Projectos como o *Jovens em Risco* e, torna-lo passível de ser apresentado num evento como o ENE: expondo não só um percurso metodológico mas um percurso de autodesenvolvimento pessoal) (Dutra D, 2009). Este *Saber-Ser* e *Saber-Fazer* em Enfermagem Pediátrica, caminhou no sentido da conceptualização de *Health Coaching* dentro do domínio da Parentalidade, com a formação decorrente da revisão bibliográfica e orientação de Enfermeiros Especialistas em SIP. Este autodesenvolvimento progrediu sobre 4 etapas, como um crescimento pessoal (mnemónica *grow*): *goal* (objectivo), fase em que se identificam e clarificam objectivos passivos de serem concretizados e reconhecidos; *reality* (realidade), fase em que se reflecte acerca da realidade dos objectivos delineados e a que distância se permanece deles; *options* (opções), fase que exige um *brainstorming*, uma exploração e consideração de opções, identificando-se obstáculos bem como estratégias para os ultrapassar, onde opções de progresso podem ser consideradas e; a fase *wrap up* (concluir), em que se facilita a aprendizagem, o planeamento e as intervenções de acção, que ajudarão a atingir os objectivos inicialmente identificados (Levvett C, 2011). O desenvolvimento das actividades transversais aos Módulos de Estágio bem como as Específicas de Módulo I, contribuíram para o atingimento do objectivo proposto no domínio do *coaching* e liderança na auto-aprendizagem e desenvolvimento.

2.3| DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

Neste domínio da *Investigação*, a argumentação crítico - reflexiva incursa sobre a fundamentação das actividades realizadas nos diversos Módulos de Estágio e sobre o processo de tomada de decisão com base na evidência científica, de modo: a maximizar a qualidade dos cuidados prestados à díade Criança/Família bem como a alicerçar e consolidar conhecimentos, na área de ESIP.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara :: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP :: Demonstrar compreensão

relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência :: Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

OBJECTIVO TRANSVERSAL AOS MÓDULOS

Aplicar resultados de Investigação actualizados na prática de Cuidados, após revisão bibliográfica pertinente :: Fundamentar as actividades propostas em cada Módulo de Estágio, com base na prática de Enfermagem baseada na evidência.

ACTIVIDADES TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Realização de revisão de literatura actualizada :: Partilha de resultados de investigação actualizados com a Equipa de Enfermagem, em momentos informais :: Realização de um artigo de revisão de literatura aceite para publicação.



Durante as últimas décadas, a Enfermagem conseguiu estruturar conhecimento significativo e articulado sobre cuidado, interacção, promoção à saúde ou ambiente. Urge que os Enfermeiros sigam as suas inquietações pessoais, que promovam e realizem investigação, que assumam novas condutas, novas formas de pensar e ser. Deve ser destituída a competição e estimulada a cooperação, para que o desenvolvimento de um saber possa dar origem a um objectivo maior: a transformação multidimensional de Enfermagem (Wall ML *et al*, 2009). A produção de um discurso fundamentado demonstrativo de um nível aprofundado de conhecimentos em EESIP surge com a capacidade de investigação contínua, sistemática e autónoma. Torna-se necessária uma base sólida de conhecimentos actualizados em Enfermagem, para que todos os cuidados prestados, em todos os domínios, se efectivem em qualidade, caso contrário serão indistintos e potenciadores de más práticas. Foi possível discutir as implicações e a importância da investigação actualizada nos ganhos em saúde sensíveis a cuidados de Enfermagem, com alguns elementos de referência e até mesmo auxilia-los na utilização de bases de dados científicas, para a realização dos seus trabalhos. A demonstração de conhecimentos e a sua aplicabilidade na prestação de cuidados seguros, derivou de alguma revisão da literatura, permitindo o conhecimento produzido comparar diferentes pontos de vista de um mesmo assunto, por diversos autores, priorizando-se as normas da DGS ou de entidades de saúde de referência como a SPP. A título de exemplo, foi possível discutir algumas controvérsias relacionadas com: **(1)** a limpeza do coto umbilical Vs desinfecção com álcool a 70° (Janssen P, 2003) - em contexto comunitário; **(2)** a correcta mobilização/imobilização da criança politraumatizada (Grupo de Trauma, 2002), as prioridades no atendimento emergente da criança politraumatizada (Conselho Português de Ressuscitação, 2005) a presença Vs ausência dos pais na Sala de Emergência (Margo A, 2005), o transporte inter-hospitalar da criança vítima de acidente de viação (Grupo de Trauma, 2002) – em contexto de Urgência; **(3)** a manipulação mínima do prematuro Vs necessidade de

posicionamentos (Sousa M *et al*, 2008), ausência de reflexo de sucção Vs leite por copo (Marinelli KA *et al*, 2001) sinais de dor no grande prematuro (Lago P *et al*, 2009), aspiração de nasofaringe Vs CPAP (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004), a sedação/ analgesia em casos de privação de drogas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004) – em contexto Neonatal; **(4)** a insuflação Vs desinsuflação do *cuff* da traqueostomia, no sentido da recirculação tecidual sujeita a pressão constante (Cochrane LA *et al*, 2006); a instilação de água Vs soro fisiológico no traqueostoma (Wilson M, 2005; Fraga JC *et al*, 2009); a instilação Vs não instilação de fluidos na traqueostomia, na fase de pré-aspiração (Wilson M, 2005; Pereira KD *et al*, 2004); o tempo de mudança de cânula móvel da traqueostomia (Wilson M, 2005; American Thoracic Society, 2006), a limpeza de estoma de acordo com norma limpa Vs asséptica (Feitas AA *et al*, 2008); a alternância de períodos respiratórios com Vs sem pressão positiva, em criança sob VNI (Silva DC *et al*, 2003) e drenagem gástrica Vs alimentação contínua, durante períodos em que criança mantém pressão positiva por VNI (Loh LE *et al*, 2007; Nunes P *et al*, 2010) – em contexto de internamento médico pediátrico. Aplicar resultados de investigação válidos e relevantes, fomenta a correcta tomada de decisão bem como apoia toda a veracidade das intervenções planeadas. A prática baseada em evidências produz resultados mensuráveis que os Enfermeiros podem usar para validar o seu papel único no sistema de cuidado à saúde (Hockenberry MJ *et al*, 2006). Estas problemáticas surgiram durante a prestação de cuidados directa à criança, uma vez que não existia consenso nem coerência no que era realizado, outorgando-se a necessidade de investigação nestes domínios. Os resumos destes artigos foram apresentados e discutidos com a Equipa de Enfermagem em momentos informais como a passagem de turno, onde se explicitou a necessidade da execução da prática baseada na evidência para obter ganhos em saúde nas crianças, sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Cada actividade e/ou Projectos planeados representaram uma oportunidade de investigação e divulgação de dados provenientes da evidência científica. A revisão de literatura actualizada em bases científicas indexadas como a EBSCO, b-on, Medline e Scielo, conduziu toda a metodologia investigativa em cada trabalho produzido, sendo realizada num espectro temporal actualizado (2000-2010), segundo palavras - chaves e cruzamento das mesmas. Norteada ainda pela revisão de literatura foi realizado um artigo (**Anexo LXIV**), no sentido de compreender a problemática da prematuridade, o seu impacto nas dinâmicas familiares, as principais necessidades de aprendizagem parentais bem como as intervenções de Enfermagem e os recursos passíveis de serem disponibilizados, para diminuir os efeitos negativos da hospitalização na UCIN. Artigo este aceite para publicação na *Revista Nursing*. Compreender antecipadamente este fenómeno, permitiu uma atitude mais pró-activa no *empowerment* da promoção do exercício do papel parental, de acordo com as necessidades de envolvimento manifestadas ou expressas por cada pai.

2.4|DOMÍNIO DA GESTÃO

Neste domínio da *Gestão de Cuidados*, a argumentação crítico - reflexiva reflecte o percurso pessoal trilhado no sentido da aquisição de competências que permitam a resolução de problemas e gestão de conflitos emergentes da prática clínica, assim como a adopção de diferentes estilos de liderança e/ou co-liderança em diferentes contextos.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP :: Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP :: Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.

OBJECTIVO TRANSVERSAL AOS MÓDULOS

Participar nas actividades de gestão de cuidados assistenciais à criança/família, juntamente com o Enfermeiro Tutor.

ACTIVIDADES TRANSVERSAIS AOS MÓDULOS

Gestão de Conflitos :: Promoção de ambiente seguro para as práticas de ESIP :: Prevenção da Infecção Cruzada :: Participação na realização dos Plano de Trabalho em cada Serviço || Realização de Revisão Bibliográfica sobre problemáticas emergentes da prática e sua discussão em equipa :: Intervenção sobre necessidades formativas da equipa de Enfermagem.



Quando se aborda a questão dos conflitos, é necessário ressaltar que nem todos são negativos e acarretam efeitos nefastos ao indivíduo: inúmeras vezes são benéficos podendo promover uma exploração de sentimentos e emoções, bem como pontos de vista que favoreçam a expressão individual e a tomada das melhores decisões. Mais do que evitar um conflito, é necessário saber geri-lo (Cruz I, 2008). Uma das características pessoais exuberantemente esculpidas com o exercício profissional numa UCIP, é sem dúvida a capacidade de actuação eficaz sob pressão e a gestão do conflito gerado pelo stress. Exige capacidade de adaptabilidade rápida, gestão de emoções/comportamento e camuflagem de insegurança: mesmo quando existe. Assume-se como importante o conhecimento das técnicas de desactivação de conflitos. Existem três formas de lidar com o conflito: evita-lo, desactiva-lo ou enfrenta-lo (Cruz I, 2008). Nas situações inicialmente descritas como complexas, no domínio da prestação de cuidados, os conflitos foram previstos e antecipadamente desactivados, procurando suspender o motivo [nos casos de negligência passiva parental, *negociação* difícil e tempo de espera para o atendimento (SUP)] no sentido do apaziguamento, permitindo aos pais a sua exploração de sentimentos e emoções. É uma estratégia que visa o

reforço positivo de pontos menores do conflito (a Intervenção Precoce visa o *empowerment* das forças e não dos défices), evitando os problemas de fundo, permitindo ao implicado o ganho de tempo (Cruz I, 2008).

O zelo e a gestão dos cuidados prestados na área da ESIP efectivaram-se pelo esforço na manutenção de um ambiente seguro, positivo e terapêutico favorável à qualidade da prática dos cuidados prestados, bem como a gestão do risco, cumprindo os princípios de segurança na administração de terapêutica/vacinas. O Enfermeiro desempenha igualmente um papel de relevo na implementação de práticas seguras para o controle de infecção nosocomial (OMS, 2002). E para um programa de prevenção ser eficaz, este elemento tem de partilhar conhecimentos precisos do que pretende diminuir ou anular (factores de risco), bem como do que pretende incrementar (factores de protecção) (Can R, 2005). Tendo em consideração os valores estatísticos apresentados pela OMS, relativamente às infecções hospitalares mais frequentes (respiratórias, urinárias e da ferida cirúrgica) (OMS, 2002) e a percentagem dos focos patológicos das crianças assistidas no Internamento de Pediatria [29,0% com patologia respiratória e 18% hematológica (inúmeras vezes com imunossupressão)], urge separar estes dois pólos para evitar a sua disseminação. A título de exemplo, dadas as poucas condições de habitabilidade e recursos físicos existentes no internamento, esta prevenção da infecção nosocomial assumiu contornos ainda mais precisos e importantes, enaltecendo o papel da Enfermagem na divulgação e supervisão das correctas práticas parentais/ outros elementos do serviço, assegurando: o cumprimento das normas de higiene do serviço e da Instituição Hospitalar; a monitorização das técnicas assépticas, incluindo a lavagem das mãos e a utilização das medidas de isolamento (limitar a exposição da criança a um maior número de visitas, profissionais e doentes). No Internamento de Pediatria, é o Enfermeiro o responsável pela gestão das admissões nas enfermarias, pelo agrupamento das crianças de acordo com a sua patologia e o isolamento de outras pela sua imunidade. É sem dúvida mais do que um gestor de espaço: é um supervisor da prevenção de infecção nosocomial.

O *Enfermeiro de Referência*, ou *Primary Nursing*, representa um método de organização de trabalho personalizado, que envolve conhecimento científico e proporciona autonomia e responsabilidade. Este será responsável por realizar o acolhimento (a avaliação inicial), diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de Enfermagem prestados ao grupo de crianças hospitalizadas, que lhe estão destinadas, bem como será o responsável por supervisionar os cuidados planeados e implementados (Carmona & Laluna, 2002). O *Enfermeiro de Referência* possui assim responsabilidade por todos os cuidados prestados durante o internamento da criança, sendo substituído pelos Enfermeiros Associados, na sua ausência (Costa JS, 2009). Enquanto o núcleo da prática hospitalar se alicerça na rotatividade de elementos, o contexto comunitário sinaliza a chegada do Enfermeiro de Referência, com o Enfermeiro de Família. Durante a realização do Plano de Trabalho em contexto hospitalar, normalmente pelo Enfermeiro Responsável de turno, objectiva-se a continuidade de cuidados e a humanização da assistência prestada à criança/família:

destinando à díade o Enfermeiro que participou na sua admissão, que procedeu ao levantamento das necessidades parentais e que posteriormente interveio no sentido da sua promoção como prestadores de cuidados, para que possa avaliar os resultados das suas intervenções e concluir sobre elas. Este é o verdadeiro caminho a percorrer no sentido da excelência da Prática de ESIP bem como da vinculação familiar (Ferreira MM *et al*, 2001; Slotin M, 2000). Cada Plano de Trabalho varia na função directa da natureza do serviço em que se inclui, assim: em contexto comunitário assistimos a um *ratio* Enfermeiro de Família Vs n.º Famílias contrariamente ao hospitalar, que preconiza a assistência do Enfermeiro Vs n.º de Clientes, exceptuando o SUP, em que este cálculo é realizado relativizando o n.º de Enfermeiros Vs Actividades/Tarefas a desempenhar. A Urgência funciona exactamente como uma *linha de montagem* em que a estruturação de tarefas exige a execução repetida de actividades, com inúmeros clientes de forma rápida e eficaz. A designação dos Cuidados de Enfermagem como *linha de montagem* não se atribui de forma depreciativa, porque ainda não imperou um método mais eficaz de atender 300 crianças que se dirigem por dia aquele serviço, com 7 Enfermeiros apenas. Num serviço desta natureza, não se priorizam o número de crianças doentes mas o número de Enfermeiros para cada uma das suas valências. Através deste sistema de responsabilização pelas tarefas, estas são divididas pelos membros da equipa de acordo com a sua complexidade e competência.

A identificação das necessidades formativas em serviço e a sua promoção, foram sempre realizadas de uma forma sistemática segundo um espírito de iniciativa e crítico-reflexivo. Estas oportunidades integraram a matriz onde se explanou o *Projecto Jovens em Risco*, uma vez nascido do défice de conhecimento existente relativamente ao encaminhamento de crianças vítimas de maus tratos a partir do Centro de Saúde; o *Guia Farmacológico para Enfermeiros no SUP e UCIP*, sustentado pelas principais dificuldades sentidas, pelos Enfermeiros sem integração no SU, bem como as discussões em torno da revisão da literatura sobre problemáticas emergentes da prática, como: a prestação de cuidados ao coto umbilical; o atendimento da criança politraumatizada; as prioridades no atendimento de emergência; a segurança no transporte inter-hospitalar da criança em estado crítico; a manipulação, alimentação e dor no prematuro bem como a prestação de cuidados à criança com traqueostomia e sob VNI, rentabilizando assim situações de aprendizagem, tradutoras de oportunidades de investigação e formação.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO I

Co-liderar/Liderar a gestão de cuidados prestados à criança/família, juntamente com o Enfermeiro Tutor.

Exercício de vários estilos de liderança em diferentes momentos como: as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil :: as Visitações Domiciliárias :: as Sessões de Educação para a Saúde :: a Formação a Pares.



Entende-se por Liderança a influência que o líder exerce sobre as pessoas de modo a modificar intencionalmente o seu comportamento, através da forma como utiliza o seu poder e autoridade (Cruz I, 2008). Existem três tipos de liderança: a autocrática (as directrizes são fixadas pelo líder sem participação do grupo), a democrática (as directrizes são debatidas e decididas em grupo, sendo o papel do líder o de assistir e estimular) e a liberal (a decisão do líder é mínima, cabendo aos elementos do grupo a decisão com total liberdade) (White R *et al*, 2000). Lideranças diferentes para papéis assumidos diferentes. Tendo em conta esta estratificação, o estilo de liderança assumida aquando da realização das Consultas de Saúde Infantil e Visitações Domiciliárias com total autonomia na conduta das mesmas, no método organizado de trabalho (explicitação de dúvidas/ensinos, demonstração e feedback parental) e da equipa de atendimento à criança/família (priorização do Enfermeiro de Referência), facilmente poderia ser confundido com o autocrático, porque toda a condutividade das mesmas se realizou de acordo com um filtro pessoal, inúmeras vezes sem consulta do Enfermeiro de Família/ Especialista em Saúde Infantil. No entanto, pela compreensão e reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os elementos da equipa, a liderança democrática, foi o estilo mais assertivo a adoptar. No caso da Liderança em Formação, o formador deve exercer uma liderança efectiva, ou seja, deve adaptar-se consoante o formando e o contexto (Cruz I, 2008), reconhecendo-se neste caso a necessidade de uma liderança autocrática, junto dos formandos mais indisciplinados podendo mesmo interferir com a normal conduta da AES (segundo grupo de pais) e democrática (com o primeiro e terceiro grupo), permitindo o estabelecimento de relações espontâneas e de cordialidade entre formador – formando, exalando um clima de satisfação. Apesar da condutividade pessoal e autónoma de cada Consulta ou Visitação Domiciliária, é necessário reconhecer os recursos e limites pessoais e profissionais com humildade nos casos de *negociação* e referência complicados, recorrendo a outros elementos da equipa de saúde no sentido de uma decisão conjunta: visando a manutenção da qualidade dos cuidados prestados. Durante as Consultas e as Visitações Domiciliárias à criança/família, promovi a incorporação de conhecimentos actualizados na qualidade dos cuidados prestados, sublinhando a importância da sua prévia justificação e fundamentação ao Enfermeiro de Família/Especialista em Saúde Infantil, desactivando uma possível divergência de opiniões e de conflitos.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP :: Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

OBJECTIVO ESPECÍFICO DO MÓDULO III: URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Supervisar os cuidados assistenciais de Enfermagem prestados à criança/família, juntamente com o Enfermeiro Tutor.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DO MÓDULO III: URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Análise sobre: a Partilha e Delegação de Responsabilidades de Enfermagem :: a Formação e Gestão de Enfermeiros no SUP.



Quando se reflecte sobre Supervisão de Cuidados, a primeira imagem esculpida mentalmente é a do tipo administrativo - gerencial, objectivando o planeamento, organização e avaliação de serviços centrado no controle de processos e resultados, segundo normas e padrões estabelecidos. No entanto o exercício de Supervisão de Cuidados como competência adquirida, exige que se exerça um esforço cognitivo na relativização deste conceito para algo diferente: para alguém com um olhar atento, que sinalize os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado, de maneira a potenciar a sua percepção do modo de sentir, pensar e agir (Matumoto S, 2004). Se concentrarmos a prestação de cuidados no cerne de inúmeros acontecimentos e fenómenos, devemos atender aos factores influenciadores das boas práticas de Enfermagem, como a existência de profissionais desmotivados e insatisfeitos, taxas de absentismo/ mobilidade crescentes e exaustão de quem presta cuidados, aliando-se às estruturas organizacionais de cada Instituição que hoje priorizam a produtividade, face à qualidade de cuidados prestados (Costa JS, 2009). O SUP do HSJ, assim como qualquer outro serviço de Urgência, presta Cuidados de Enfermagem de natureza funcional, ou seja, onde o processo global de trabalho é parcelarizado em tarefas, e em que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Costa JS, 2009). De acordo com este sistema organizacional de cuidados, o Enfermeiro B administra terapêutica anteriormente preparada pelo Enfermeiro A, ainda que o Código Deontológico defina precisamente o contrário (Nunes L *et al*, 2005). Poderá a natureza do serviço e a inexistência de recursos humanos eficazes, desculpar esta partilha e delegação de tarefas? Existirá esta efectiva partilha de responsabilidades entre Enfermeiros, no caso de uma intercorrência? Ou será cada Enfermeiro responsável pela atomização de cada tarefa, excluindo responsabilidade singular na concretização de um processo de trabalho? De um futuro Enfermeiro Especialista pretende-se

não só a incrementação da gestão da qualidade de cuidados na sua área de especialização, como a identificação de oportunidades de melhoria, definição e estratégias para o mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Assim numa perspectiva de Supervisão do sistema: como é possível garantir uma prestação de cuidados às crianças com qualidade, quando se admitem no SUP Enfermeiros sem qualquer experiência profissional? Como se compreende, que se exijam dois anos de experiência profissional para efectuar triagem e, se permita a colaboração de um Enfermeiro inexperiente, na Sala de Emergência e transporte inter-hospitalar de uma criança em estado crítico? Existem falhas no sistema, assim como se identificam oportunidades de mudança. Numa mesma perspectiva teceram-se algumas sugestões junto do Sr. Enf.º Chefe do SUP/UCIP, no sentido de adaptar e liderar a gestão de recursos, de acordo com as situações e contextos de emergência em Pediatria, visualizando a optimização dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Em tom informal, foram bordadas algumas sugestões, como: contratar Enfermeiros recém-licenciados e ser-lhes atribuídos postos de trabalho facilmente supervisionados por outros, minimizando o erro e potencializando a eficácia de cuidados; realizar formação avançada e continuada em SAV Pediátrico a todos os profissionais de Enfermagem e, criar uma equipa de emergência rotativa, constituída pelos Enfermeiros com mais experiência profissional no âmbito da Pediatria, não implicando o aumento do *ratio* de Enfermeiros por turno mas de uma forma integrada, organizar e rentabilizar de forma mais consistente a equipa de Enfermagem: a cada chamada para a Sala de Emergência, mobilizar-se-ia a equipa mais competente, permitindo aos restantes colegas assegurar os cuidados abandonados nas restantes valências, em caso emergência ou catástrofe. O modelo de Plano de Cuidados actual é falível, no qual a concretização das tarefas se assume como a finalidade primordial de cada Enfermeiro. Depende da genialidade de cada profissional, partir das necessidades de cada criança para a padronização de tarefas...e não o contrário (Costa JS, 2009) .

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (CPLESIP)

Colaborar na integração de novos profissionais :: Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

OBJECTIVO ESPECÍFICO MÓDULO III: URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Sugerir/ orquestrar um Projectos de Intervenção no Serviço de Urgência de forma dinâmica, mediante necessidades detectadas ou expressas pelos seus elementos integrantes.

ACTIVIDADE ESPECIFICA DO MÓDULO III: URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Realização do *Guia Farmacológico para Enfermeiros no SUP e UCIP*.



Durante o Estágio no SUP, assisti à partida de muitos profissionais especializados e à chegada de outros em sua substituição: recém-licenciados, sem experiência profissional alguma, muito menos no âmbito da Pediatria. Assisti ao crescimento e desenvoltura de uns e à crescente desmotivação de outros, questionando-os muitas vezes em conversas paralelas, sobre as suas principais dificuldades, ao que todos responderam: a terapêutica pediátrica. No sentido de responder às suas necessidades e ao objectivo pessoal de realização de um Projecto de Intervenção em serviço, foram orquestrados quer o planeamento quer a execução do *Guia Farmacológico para Enfermeiros em SUP e UCIP (Anexo LXV)*, pretendendo numa primeira fase, tecer algumas considerações sobre o cliente pediátrico: particularizando a importância do seu peso e idade no âmbito da farmacologia e esmiuçando a farmacodinâmica e farmacocinética face ao peso, idade e patologia associada. Numa segunda fase, após o levantamento dos fármacos mais utilizados nestes serviços, foram abordados: o seu grupo farmacológico, as suas principais indicações, o seu princípio de acção, os seus efeitos adversos, a sua posologia face a peso/idade, a sua farmacodinâmica e as suas principais interações. O Guia foi entregue ao Sr. Enf.º Chefe para aprovação, retribuindo inúmeros elogios ao trabalho no que respeita à organização, revisão literária e apresentação do mesmo, reforçando o atingimento do objectivo pessoal inicialmente proposto com mérito.

3| CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de Competências no domínio do *Saber-Saber* e *Saber-Fazer* Enfermagem de SIP outorgou a necessidade da profunda compreensão de alguns conceitos inerentes à prática, importantes para o estabelecimento de profundas relações terapêuticas com diáde criança/pais ou pessoa significativa, como: *Cuidados Centrados na Família*, *Parceria de Cuidados* e *negociação de cuidados*. No aprofundamento de competências relacionais, exigidas pelo conceito de *negociação*, adquiri conhecimentos profundos no que respeita ao desenvolvimento de estratégias, adopção e alocação de recursos, que permitissem a correcta assistência de Enfermagem à diáde, no sentido da evicção de conflitos. Este aperfeiçoamento estratégico, no sentido de responder a metas pré-estabelecidas no Plano de Cuidados de Enfermagem instituído para cada família, exigiu uma capacidade de liderança no domínio do *coaching* parental, que cumprisse os desígnios do Processo de Enfermagem: a avaliação inicial, o planeamento/execução de intervenções autónomas bem como a avaliação dos resultados obtidos. Durante o percurso (re)construtivo, exerci liderança no sentido da promoção do autodesenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a crescente autonomia e responsabilidade na tomada de decisão. A Prestação de Cuidados à criança/família permitiu o desenvolvimento de competências complexas no domínio da promoção da saúde e combate da doença, em diversos contextos. Centralizando o binómio como beneficiário dos cuidados, pude prestar-lhes assistência em duas áreas de intervenção peculiares: a comunitária, onde promovi a maximização do potencial de desenvolvimento infantil bem como a detecção e encaminhamento de situações de risco, numa dinâmica de articulação com recursos da comunidade; e a hospitalar, onde aprofundei e accionei mecanismos de identificação e resposta antecipatória, face a situações de emergência e de avaliação das necessidades familiares, no sentido promotor da correcta transição para o papel de prestador de cuidados e adaptação a mudanças na dinâmica familiar.

Após o término de um longo percurso de (re)construção pessoal e profissional, exigente e complexo, com garantia da aquisição e desenvolvimento das Competências exigidas nos quatro domínios, assumo orgulhosamente a transição profissionalizante para um novo papel: o de Enfermeira Especialista.

4| BIBLIOGRAFIA

Aagaard H, Hall E. Mother's experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *Internacional Pediatric Nursing*, 2008; 23(3): 26-36

Aldrige MD. Parenting alliance: A multifactor perspective. *Psychological Assessment*. 2008; 3(5): 8-12

Algarvio S, Leal I, Maroco J, Matono MJ. Preocupações parentais: Estudo comparativo entre um grupo de pais normativo e um grupo de pais de crianças prematuras. UP: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 2008; 639-42

Almeida J, Witt D. The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nursing Research*. 2003; 47(1): 1-14

American Thoracic Society. Use of tracheostomy with a child. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006; 174: 11-12

Andrade AM. Comunicação de má notícia e polidez linguística: a relação profissional de saúde - paciente. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2008; 17(4): 2-12

Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde[on-line]. 2002. [Consulta a 25 de Fevereiro, 2006]. Disponível em: <http://www.idssaude.org.br/enfermagem>

Assumpção JR, Sprovieri MH. Introdução ao estudo da deficiência mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2000; 2(7): 18-24

Bennet H, Bodenheimer T. Health coaching for patients. American Academy of Family Physicians. 2010:24-29

Benzies K, Magill-Evans, Karrison P, MacPhail M, Kimak S. Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention? Public Health Nursing. 2008; 25(5): 431-439

Bryanton J, Gagnon B, Hatem S, Johnston M. Does Perception of the Childbirth Experience Predict Women's early parenting behaviors? Research in Nursing & Health. 2009; 32: 191-203

Cabral HL. Afectividade como fundamento na parentalidade responsável. Renovar. 2009; 2(1): 30-48

Cadê NV, Pfeilsticker DC. Classificação internacional para a prática de enfermagem: significados atribuídos por docentes e graduandos em enfermagem. Revista Enfermagem UERJ. 2008; 16(2): 236-242

Caetano LC, Scochi CGS, Angelo M. Vivendo no método canguru a tríade mãe – filho - família. Rev Latino-am Enfermagem, 2005; 13(4): 562-8

Can R. Position Statement: evidence-based decision making and nursing practice. Paediatric Nursing. 2005; 4(7): 18-36

Carmona L, Laluna M. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. Revista Electrónica de Enfermagem. 2002; 4(1): 12-17

Cavalcanti DR. Comunicação do diagnóstico de doença grave ao paciente: quem? quando? como? porquê?. Pan American Family Medicine Clinics. 2005; 1: 41-5

Cervený A, Berthoud LC. Parenthood Education in Swedish Antenatal Care: perceptions of midwives and obstetricians in charge. *Journal of Perinatal Education*. 2007; 17(2): 21-27

Charpak N, Peláez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries and proposed solutions. *Acta Paediatrica*. 2006; 95: 529-534

Cleveland LM. Parenting in the Neonatal Intensive Care. *JOGNN*, 2008; 37: 666-91

Cochrane LA, Bailey CM. Surgical aspects of tracheostomy in children. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2006; (7): 169-174

Coimbra J, Cassiani S. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2001; 9(2): 56-60

Collet N. A criança hospitalizada: participação das mães no cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2002;12(2):191-197

Conselho Português de Ressuscitação. Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa. 2005

Costa JS. Métodos de Prestação de Cuidados. *Nursing*. 2009:1-8

Council of Europe. Parenting in contemporary Europe: a positive approach. Council of Europe Publishing. 2008

Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: Uma revisão bibliográfica. *Revista Enfermagem*, 2009; 13(4): 886-91

Cruz I. Comunicação e animação de grupos. ENA. 2008: 1-25

Cunha IC, Neto FR. Competências Gerenciais de Enfermeiras: um novo velho desafio? Texto & Contexto Enfermagem. 2006; 15(3): 479-82

Cunha P, Pinto Z, Liberal L, Barbosa J. O discurso dos professores sobre a transmissão da pediculose antes de uma actividade educativa. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2008; 18(3): 298-307

Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. 2006

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2002

Dutra D. Autodesenvolvimento. Gestão em Saúde. 2009: 1-4

Egry E, Fonseca R. A família, a visita domiciliária e a Enfermagem: revistando o processo de trabalho da Enfermagem em saúde colectiva. Rev.Esc.Enf. USP. 2000; 34(3): 233-239

Falcão A. Autoscopia. ENA, 2008: 1-17

Fellipe MI. A criatividade na resolução de conflitos. Vencer. 2002: 1

Fernandes MS, Ramos F. Reflexão sobre “Parceria nos Cuidados em Pediatria”. Reencontro. 2000; (1): 20-25

Ferreira A. Da conjugalidade à (co)parentalidade: vivência(s) dos casais – estudo qualitativo, descritivo ao casal no primeiro ano de vida do filho(a). Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. 2008; (9): 48-52

Ferreira MM, Costa MG. Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. 2001: 1-15

Fielden JM, Gallagher LM. Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2008; 45(3), 406-417

Figueiredo MH. Enfermagem de Família: um contexto do Cuidar [tese]. Porto: ICBAS, 2009

Fonseca PN, Dantas FDC, Oliveira GF. O impacto da hospitalização em crianças da 1-5 anos de idade. V Congresso da Sociedade Brasileira da Psicologia Hospitalar; 2005; São Paulo

Fortes M. A adaptação psicológica da mãe face à doença crónica do filho. Nursing. 2008; 15(2): 15- 21

Fraga JC, Souza JCK, Kruel J. Traqueostomia na Criança. Jornal de Pediatria. 2009; 85(2): 97-103

Freitas AA, Cabral IE. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. Esc Anna Nery Rev Enfermagem. 2008; 12(1): 84-89

Furtado MC, Lima RA. O quotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: Subsídios para a enfermagem pediátrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003; 11(1): 66-73

Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. J Pediatr. 2010; 86(1): 33-39

Gotze MM, Junior BB. A comunicação entre crianças, pais e treinadores na escolinha esportiva de basquetebol em aulas e eventos esportivos – a perspectiva a partir dos sujeitos. Movimento. 2002; 8(3): 47-62

Graaf I, Speetjens P, Smit F, de Wolff M, Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P - Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. Behavior Modification. 2008; 32(5): 714-735

Grupo de Trauma do HSJ. Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave: normas de orientação clínica e administrativa. Porto: MEDISA. 2002

Halford W, Petch J, Creedy D. Promoting a Positive Transition to Parenthood: A Randomized Clinical Trial of Couple Relationship Education. Prev Sci. 2010; 11: 89-100

Hall EO. Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. Scand J Caring Sci, 2005; 19(3): 179-85

Hallstron I, Runeson I, Elander G. Observed Parental needs during their Child's Hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. 2002; 17: 141-148

Heaman M, Chalmers K, Woodgate R. Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. Journal of Advanced Nursing. 2006; 55(3): 291-300

Hereaux EN. Un concept polysémique: l'autonomie. Recherche de soins infirmiers. 2004; 78: 56-70

Hipolito R, Mallorca F, Zuniga-Macaraig Z, Apolinario P, Wheeler-Sherman J. Head Lice Infestation: Single Drug Versus Combination Therapy With One Percent Permethrin and Trimethoprim/Sulfamethoxazole. *Pediatrics*. 2001; 107(3): 1-5

Hockenberry MJ, Winkelstein W. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006

Janssen P. To dye or not to dye: A randomized, clinical trial of a triple dye/alcohol regime versus dry cord care. *Pediatrics*. 2003; 111(1): 15-20

Jordan BH. Control de los niños con cardiopatía congénita en atención primaria. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2009; 11: 639-655

Kruijver I. Communications between nurses and stimulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *European Journal of Oncology Nursing*. 2001; 5(3): 140-150

Kunh TS. A estrutura das revoluções científicas. *Perspectiva*. 2005: 12-21

Lagartinho H. Método de Resolução de Problemas. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2009; 2: 1-2

Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A, Bellieni CV. Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. *Acta Paediatrica*. 2009; 98(6): 932-9

Lahad M. Comunicação de má notícia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11(21): 165-172

Langdridge D, Sheeran P, Connolly K. Understanding the reasons for parenthood. *J Reprod Infant Psych*. 2005; 23: 121-133

LeBlanc C, Sherbino J. Coaching in emergency medicine. CJEM. 2010; 12(6): 520-524

Leite JA, Sandoval JM. O brincar como estratégia comunicativa da promoção da saúde em crianças hospitalizadas. Revista da Terapia Ocupacional USP. 2000; 2(4): 24-38

Levvett C. Coaching the nursing and midwifery teams. 2011; 18(6): 1

Loh LE, Chan YH, Chan I. Ventilação não invasiva em crianças: uma revisão. Jornal de Pediatria. 2007; 83(2): 91-99

Long A. The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. Journal of Advanced Nursing. 2001; 34(5): 611-620

Lopes M, Catarino H, Dixe MA. Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. Referência. 2010; (1): 109-118

Lucon CB. Jogo, brinquedo e brincadeira na escola hospitalar: as contribuições do brincar para crianças hospitalizadas com câncer. Congresso Brasileiro de Educação Especial; 2008; São Carlos

Mano MJ. Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. Referência. 2000; (8): 54 – 55

Margo, A. Family presence during resuscitation: A critical review of the literature. American Journal of Critical Care. 2005; 14(6): 1-19

Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. Journal of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association. J Perinatol. 2001; 21(6): 350-5

Marques SMN, Sá MGS. Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. Referência, 2004; 11: 33 – 41

Matumoto S. Team supervision in the Family Health Program: reflections concerning the challenge of producing care. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2004; 9(16): 9-24

Medina LB. Experiencia en un Servicio de Urgencia Pediatrica. Rev Chil Pediatr. 2001; 32: 7-11

Mednick L, Cogen F, Henderson C, Rohrbeck CA, Kitessa D, Streisend R. Hopefulness and the self-sustaining process in adolescents with cancer. Nursing Research. 2007; 18(2): 22-29

Meleis AI, Im E. Grandmothers and Women's health: from fragmentation to coherence. Health Care for Women International. 2002; (23):207-224

Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, DeAnne KH, Schumacher K. Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. Advanced Nursing Science. 2000; 23(1):12-28

Menezes CC, Lopes RC. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até 18 meses do bebê. Psico - USF. 2007; 12(1): 83-93

Miller R. How do nurses inspire and instill hope in terminally ill HIV patients? Journal of Advanced Nursing. 2002; 15(2): 12-29

Mitchell F. Fostering hope in terminally ill people. Journal of Advanced Nursing, 2007; 2(3): 19-24

Moro T. Preparation is Everything. WIN. 2002; (16): 1-6

Nunes C, Gomes R. Avaliação d Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. Ensaios e Ciência. 2006; 10(1): 223-237

Nunes L, Amaral M, Gonçalves R. Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005

Nunes L. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros; 2006; Lisboa. 1-12

Nunes P, Abadesso C, Almeida E, Silvestre C, Loureiro L, Almeida H. Ventilação Não-Invasiva: numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2010; 23: 399-404

Nyqvist KH, Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. Journal of Pediatric Nursing, 2009; 24(1): 153-63

O'Brien I, Duff A, Nicholl H. The struggle of the diagnosed terminally ill person to maintain hope. Nursing Science Quarterly. 2009; 5: 34-37

Oliveira JG, Backes MTS, Oliveira SLC, Fernandes CL, Madureira AB, Maçada ACG. O processo decisório no trabalho em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 40(4): 20-38

Oliveira MC, Mattioli OC. Hospitalização Infantil: o brincar como o espaço de ser e fazer. Revista de Enfermagem UERJ. 2009: 10-17

Ordem dos Enfermeiros. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Caderno Temático. 2009:1-45

Ordem dos Enfermeiros. Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnicos funcionais. Conselho de Enfermagem. 2007:1-8

Organização Mundial de Saúde. Prevenção de infecções adquiridas no hospital. 2002: 1-93

Peixoto A. Maus - Tratos na Infância. Uma perspectiva do Bairro da Colina [dissertação]. Lisboa: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. 2007

Pennellot E, Magalhães V. Mãe participante: benefícios e barreiras. *Jornal de Pediatria*. 2010; 12: 34-36

Pereira KD, MacGregor AR, Mitchell RB. Complications of neonatal tracheostomy: a 5 year review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 131: 810-3

Piccini CA, Castro EK. Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002; 15(3): 625-635

Purewall S, Akker OV. The socio-cultural and biological meaning of parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2007; 28(2): 79–86

Ramalhão AB, Dupas G. Living the ambivalence: the meaning of visit for parents with their interned newborn in a intensive care unit. *Acta Paul Enf, São Paulo*, 2003; 16(3): 41-50

Rego M, Cunha L, Oliveira S, Marcelino N. *Coaching para Executivos*. Lisboa: Escolar Editora. 2004

Reis G. Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança [dissertação]. Porto: ICBAS, 2007

Ribeiro J. Autonomia profissional dos enfermeiros [dissertação]. Porto: ICBAS; 2009

Ronald L, Hickman Jr, Daly BJ, Douglas SL, Clochesy JM. Informational Coping Style and Depressive Symptoms in Family Decision Makers. American Journal of Critical Care. 2010; 19(5): 410-420

Sadler LS, Cowlin A. Moving into Parenthood: A Program for New Adolescent Mothers Combining Parent Education With Creative Physical Activity. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2003; 8(2): 62

Santos CE. As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: contributos para a mudança. Referência. 2003; (3): 53-8

Schultz M, Cowan C, Cowan P. Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006; 74(1): 20-31

Scochi CG, Kokuday ML, Riul MJ, Rossanez LS, Fonseca LM, Leite AM. Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. Rev Latino - am Enfermagem, 2003; 11(4): 539-43~

Serafim S, Duarte S. Internamento em Neonatologia: relação de ajuda. Nursing. 2005; (198): 23-25

Sharpe G, Cunnan J. Hope and spiritual well-being: Essentials for living with Aids. Perspectives in Psychiatric Care. 2006; 12(3): 14-20

Shields, L. The parent-staff interaction model of pediatric care. Journal of Pediatric Nursing. 2002; 17(6): 442-449

Silva A. Sistemas de Informação em Enfermagem [tese]. Porto: ICBAS, 2001

Silva AC. Cuidar do Recém-nascido – o Enfermeiro como promotor das competências parentais [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta.2006

Silva CAM, Silva MDF, Pereira, MTP. Comunicar para Cuidar em Neonatologia. Informar. 2004; (32): 52-54

Silva DC, Foronda FA, Troster EJ. Ventilação não invasiva em pediatria. Jornal de Pediatria. 2003; 79(2): 161-168

Silva MG. Arranjos familiares de crianças de camadas populares. Psicologia em Estudo. 2001; 8: 11-20

Simões C, Simões J. Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE segundo as necessidades humanas fundamentais. 2007; (4): 1-15

Slevin T. The role of parents in bone marrow transplant using Casey's Partnership Model as a framework to discuss issues. Cancer Nursing News. 2000: 7-22

Slotin M. Partnership in Care: a descriptive study. Curtin University of Technology. 2000: 10-17

Smith L, Coleman V, Bradshaw M. The concept of family: centred care and the synthesis of a practice continuum. Journal of Advanced Nursing. 2002;(723): 733-735

Soares HM. O acompanhamento da família no seu progresso de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem [dissertação]. Porto: ICBAS; 2008

Sociedade Portuguesa de Pediatria. Consensos em Neonatologia. 2004: 1-205

Sousa M, Silva W, Araújo S. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. ConScientiae Saúde. 2008; 7(2): 269-274

Sousa P. Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Formasau. 2006; 3: 12-16

Sprovieiri MHS, Assumpção JFB. Autismo e Alexitimia. Boletim. Academia Paulista de Psicologia. 2006; 3: 53-60

Tavares AS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Attention and care to newborn's family in neonatal unit: perspectives of health staff. Ciência, Cuidado e Saúde, 2006; 5(2): 193-203

Tronchin DMR, Tsunechiro MA. Cuidar e conviver com o filho prematuro: A experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem, 2006; 14(1): 93-101

Tronchin DMR, Tsunechiro MA. The experience of becoming parents of premature infant: an ethnographic approach. Rev Bras Enferm, 2005; 58(1): 49-54

Vasconcelos R. Um sistema aplicado á sistematização da assistência de enfermagem na prática académica. Revista Enfermagem Pernambuco. 2008; 13(7): 26-32

Viana V, Barbosa MC, Guimarães J. Doença crônica na criança: factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007; 8(1): 117-127

Wagner M, *et al.* The effectiveness of the parents as teachers program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2002; 22(2): 67-81

Wall ML, Carraro TE. A teoria revolucionária de Kunh e sua influência na construção do conhecimento da Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2009; 17(3): 1-7

Weinberg R, Gould D. Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício. *Movimento*. 2001; 12(4): 1-16

Wernet M, Ângelo M. Nursing facing mothers in the neonatal intensive care unit. *R Enferm UERJ*, 2007; 15(2): 229-35

White R, Lippit M. *The Trainer's Library: techniques of instrutlional development*. Wesley Publishing. 2000: 10-19

Wigert H, Hellström AL, Berg M. Conditions for parents' participation in the care of their child inneonatal intensive care – a field study. *BMC Pediatrics*, 2008; 8:3

Wigert H, Johasson R, Berg M, Hellström AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci*, 2006; 20: 35-41

Wilson M. Paediatric tracheostomy. *Paediatric Nursing*. 2005; 17(3): 38-44

Zilio D, Carrara K. Uma breve introdução ao behaviorismo metodológico. *Psicologia da Saúde*. 2006; 15(2): 24-27

ANEXOS|



ANEXO I |

PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO LINGUAGEM CIPE,

DESENVOLVIDO NA **UP**



1. Colheita de Dados

Pelas 5h25min de dia 12.10.2010, é admitida em OBS, uma lactente de um mês de vida com Diagnóstico Médico de Insuficiência Respiratória com necessidade de Oxigenoterapia. De acordo com dados colhidos na avaliação inicial da criança, na Triage, a lactente apresentava tosse produtiva com evolução de 4 dias, com prostração e anorexia, no entanto com febre (39º rectal) refractária à administração de antipirético. Realizou Rx Torácico: resolução radiológica compatível com o Diagnóstico de Bronquiolite com Pneumonia em Organização. Critérios para Internamento na Pediatria B.

1º Contacto com a Lactente a 12. 10. 2010 :

Tempo de Vida: 1 mês e dois dias.

Estado de Tegumentos: conservado. Pele e mucosas descoradas no entanto hidratadas. Sem alteração da integridade tegumentar.

Estado Nutricional: conservado. Com reflexo de sucção não nutritiva.

Estado neurológico: comprometido. Apresentava ligeiro gemido, no entanto reactividade para estímulos táteis. Pupilas médias isofotoreactivas. Igual tonicidade de membros.

Dinâmica respiratória: comprometida. Sob oxigenoterapia, mantendo sinais de dificuldade respiratória. Polipneica. SpO₂: 87%. Secreções traqueobrônquicas audíveis. Reflexo de tosse ineficaz. Aspiradas secreções purulentas em moderada quantidade na orofaringe. Realizada técnica de cinesioterapia respiratória, que surtiu efeito.

Equilíbrio Hemodinâmico: conservado. Electricamente estável (taquicardia sinusal: FC 160 b/min) e normotensa (90/42 (65) mmHg no membro inferior direito). Choro audível e acianosante.

Perfusão Tecidual: conservada. Extremidades corporais frias. Pulsos pediosos presentes. Bons Acessos vasculares.

Eliminação Intestinal e Vesical: asseguradas. Abdómen ligeiramente timpanizado no entanto depressível à palpação. Trânsito intestinal presente para fezes amareladas, granulosas em moderada quantidade e para gases. Urina de características normais.

Equilíbrio Termorregulador: alterado. Febril: 39,0°C a nível rectal.

1º Contacto com a Família da Lactente a 12. 10. 2010:

Dinâmica Sócio-familiar: assegurada. Pais com bom estado geral, aspecto limpo e cuidado. Apresentam preocupação com o bem-estar da criança bem como interesse no envolvimento nos cuidados prestados. Em processo de divórcio.

Acções Interdependentes/ Prescrições Médicas:

- I. Administrar Oxigénio para Saturações periféricas » 95%
- II. Manutenção de monitorização Cardiorespiratória contínua
- III. Administração de Terapêutica Prescrita
- IV. Iniciar Suporte de Glicose endovenoso
- V. Realizar pesquisas de glicemia capilares 1 vez por turno e em SOS

2. Diagnósticos de Enfermagem/ Planeamento e Implementação de Intervenções

Data de Início	Diagnósticos Identificados	Intervenções Planeadas	Resultados de Intervenções	Data de Termo
12.10.2010	Promover a absorção nutricional da criança	• Monitorizar a ocorrência de vômito; • Manter cabeceira da cama elevada 30 minutos após a mamada (medidas anti-refluxo); • Vigiar perímetro abdominal; • Avaliar perímetro abdominal se necessário;	Absorção Nutricional Comprometida	12.10.2010
12.10.2010	Risco de Dor	• Monitorizar dor através da escala, pelo menos uma vez turno; • Vigiar sinais fisiológicos e comportamentais de dor; • Aplicar EMLA na pele no caso de procedimentos dolorosos; • Administrar sacarose no caso de procedimentos dolorosos;	Dor Ausente	12.10.2010
12.10.2010	Infecção Presente	• Optimizar Cateter Venoso Periférico; • Vigiar local de inserção de Cateter Venoso Periférico; • Administrar terapêutica endovenosa com normas assépticas;	Infecção Mantida	12.10.2010

		• Vigiar características de secreções traqueobrônquicas; • Monitorizar sinais vitais; • Vigiar coloração da pele.		
		• Promover a aspiração de secreções sempre que necessário; • Vigiar as características das secreções;		
12.10.2010	Expectorar Ineficaz	• Monitorizar SpO2 antes, durante e após as aspirações; • Realizar técnica de Cinesioterapia Respiratória antes das aspirações;	Expectorar Melhorado	12.10.2010
12.10.2010	Sonolência em grau moderado	• Vigiar estado de consciência da criança; • Estimular a criança visualmente e sensorialmente; • Incentivar os pais a estimularem a criança;	Sonolência Mantida	12.10.2010
12.10.2010	Conhecimento dos pais sobre a prevenção da contaminação não demonstrado	• Ensinar, instruir e treinar os pais sobre medidas de prevenção de contaminação antes e após o contacto com a criança; • Reforçar comportamentos adequados.	Conhecimentos dos Pais Demonstrados, em grau moderado	12.10.2010
12.10.2010	Conhecimento dos pais sobre prevenção da aspiração, deficiente	• Reforçar ensinamentos sobre medidas anti-refluxo; • Supervisionar o cumprimento das medidas anti-refluxo;	Conhecimento dos Pais Demonstrado, em grau elevado	12.10.2010

	em grau moderado	• Reforçar positivamente a correcta adopção de medidas anti-refluxo.		
12.10.2010	Risco de Metabolismo Energético Alterado	• Monitorizar glicemia capilar da criança 1 vez/turno e em SOS; • Vigiar estado de consciência da criança;	Metabolismo Energético Alterado	12.10.2010
12.10.2010	Infecção Presente	• Reforçar as medidas de isolamento da criança; • Manter a assepsia em todos os procedimentos realizados à criança; • Vigiar sinais vitais da criança; • Vigiar actividade motora da criança; • Vigiar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção do Cateter Venoso Periférico; • Vigiar características das secreções e da urina;	Infecção Presente	12.10.2010
12.10.2010	Febre Presente	• Manter arrefecimento fisico natural; • Monitorizar a temperatura da criança; • Monitorizar Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória, da criança;	Temperatura Corporal Diminuída	12.10.2010

-
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória;
 - Regular a temperatura da enfermaria;
-

3. Objectivos da Assistência de Enfermagem à Criança:

- Manutenção da oxigenação, ventilação, termorregulação, nutrição e equilíbrio electrolítico, prevenção e controlo da infecção e potenciar o seu desenvolvimento harmonioso em família.

ANEXO II|

PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO LINGUAGEM CIPE,
DESENVOLVIDO NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA



1. Colheita de Dados

No Hospital de Vale do Sousa, nasceu a "Joana" por parto distócito (cesariana) a 2 de Julho de 2010, com 34 semanas de gestação e um índice de APGAR 6 ao 1º minuto, 7 ao 2º minuto e 8 ao 10º minutos de vida. Pesava 2260 gramas. Após o nascimento foi transferida para a Unidade de Neonatologia desse mesmo hospital, onde permaneceu durante 3 meses, devido a questões inerentes à prematuridade e à suspeita pré-natal existente de Síndrome Polimalformativa com comprometimento de via aérea. Após os resultados de inúmeros exames médicos radiológicos e avaliações neurológicas minuciosas, definem-se alguns diagnósticos importantes que decidem a sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Pediátrica (UCIP) do Hospital de S.João, como: laringotraqueomalácia, múltiplas deformidades ósseas (pé boto bilateralmente, displasia da anca e processos degenerativos a nível cervical), hidrocefalia (sem indicação cirúrgica para colocação de *shunt ventrículo-peritoneal*), fenda palatina e quistos no ovário direito. Na UCIP permanece internada por 1 mês, na decorrência de um quadro de choque séptico (urosépsis), sob ventilação mecânica invasiva (20 dias) e antibioterapia agressiva por CVC. Após recuperação fisiológica e hemodinâmica do estado de choque, permanece 8 dias sob ventilação não invasiva em modo de BIPAP, sendo posteriormente transferida para o internamento. Admitida a 4.12.2010 na Pediatria B, permaneceu 2 meses com monitorização cardiorespiratória continua sob BIPAP e condição clínica flutuante e reservada, até sucumbir a uma PCR (aspiração de conteúdo gástrico provável), sendo novamente internada na UCIP, onde permanece.

1º Contacto com a Lactente a 3. 12. 2010 :

Tempo de Vida: 5 meses e 1 dia.

Estado de Tegumentos: conservado. Pele e mucosas descoradas no entanto hidratadas. Sem alteração da integridade tegumentar.

Estado Nutricional: conservado. Sem reflexo de sucção. Apresenta Gastrostomia Percutânea sem sinais inflamatórios. Peso: 4230 gramas.

Estado neurológico: comprometido. Apresenta-se inactiva e pouco reactiva. Gémula. Apresenta abertura de olhos à chamada no entanto sem direcção do olhar (à voz e objectos). Pupilas médias e isofotoreactivas. Hipotonicidade muscular marcada. Ausência de equilíbrio cefálico. Não foge nem localiza a dor.

Dinâmica respiratória: comprometida. Sob ventilação não invasiva em modo de BIPAP. Sem sinais de dificuldade respiratória aparente. Eupneica. SpO₂: 97%. Secções traqueobrônquicas inaudíveis no entanto presentes nas bases pulmonares, aquando da palpação torácica.

Equilíbrio Hemodinâmico: conservado. Electricamente estável (taquicardia sinusal: FC 140 b/min) e normotensa (102/72 (75) mmHg no membro inferior direito). Choro praticamente inaudível no entanto cianosante (peri-labial).

Perfusão Tecidual: comprometida. Extremidades corporais frias. Pulsos pediosos presentes mas filiformes. Acessos vasculares de difícil acesso. Apresenta Cateter Epicutâneo braquial no membro superior direito, permeável e funcionando, sem sinais inflamatórios.

Eliminação Intestinal e Vesical: asseguradas. Abdómen ligeiramente timpanizado no entanto depressível à palpação. Trânsito intestinal presente para fezes amareladas, granulosas em moderada quantidade (2 vezes/dia) e para gases. Micções espontâneas, sob Fluidoterapia, frequentes de urina de cor citrica e cheiro normal, em abundante quantidade.

Equilíbrio Termorregulador: conservado. Apirética: 37,0°C a nível axilar.

1º Contacto com a Família da Lactente a 3. 12. 2010:

Dinâmica Sócio-familiar: comprometida. Filha de pais com baixo nível de escolaridade e rendimentos sócio-económicos. Mãe actualmente desempregada (com subsídio de desemprego) e pai empregado de café (com o rendimento mínimo). Irmão com 7 anos a frequentar o 1º Ciclo da escolaridade obrigatória. Activada rede de Segurança Social para auxilio financeiro nas deslocações de Penafiel - Porto.

Permanecem com a lactente durante o dia, ficando à noite entregue aos Cuidados de Enfermagem. Pais e irmão com bom estado geral, aspecto limpo e cuidado. Apresentam preocupação com o bem-estar da criança. Mãe apresenta interesse em se envolver nos cuidados. Pai com dificuldade em estabelecer vinculação com a criança.

Acções Interdependentes/ Prescrições Médicas:

- I. Avaliação de peso em dias ímpares
- II. Realização de Balanço Hídrico (parcial e total das 24h)
- III. Avaliação de Resíduos Gástricos de 3/3h pela Gastrostomia Percutânea (PEG)
- IV. Administração de Leite Adaptado pela PEG
- V. Manutenção de monitorização Cardiorespiratória contínua
- VI. Avaliação de Tensão Arterial 1 vez/turno
- VII. Administração de Terapêutica Prescrita
- VIII. Mantem Cinesioterapia Respiratória Diária

2. Diagnósticos de Enfermagem/ Planeamento e Implementação de Intervenções

Data de Início	Diagnósticos Identificados	Intervenções Planeadas	Resultados de Intervenções	Data de Termo
03.12.2010	Oportunidade para a Vinculação	• Informar os pais sobre os cuidados que estão a ser prestados à criança; • Promover a habitação conjunta; • Encorajar os pais a visitarem a criança; • Fornecer explicações aos pais sobre o equipamento usado para monitorizar a criança; • Fornecer explicações aos pais sobre o equipamento de ventilação não invasiva, necessário à criança; • Dirigir a atenção dos pais para a filha e não para os equipamentos, alarmes ou outros bebés; • Integrar os pais na prestação de cuidados tendo em vista a alta e a continuidade de cuidados; • Auxiliar os pais na prestação de cuidados à bebé; • Incentivar os pais a trazerem os brinquedos e as roupas do seu bebé; • Encorajar os pais a tocarem a bebé de forma positiva e carinhosa;	Vinculação Comprometida, em grau moderado	21.01.2011

		• Reforçar o contacto ocular pais-bebé;		
03.12.2010	Oportunidade para Promover o Papel Parental	• Promover a vinculação; • Promover a participação dos pais na prestação de cuidados à criança (cuidados de higiene, avaliação da temperatura, cuidados com a ostomia e ventilador)	Papel Parental Comprometido, em grau reduzido	21.01.2011
03.12.2010	Promover a absorção nutricional da criança	• Vigiar características da drenagem gástrica através da gastrostomia; • Monitorizar drenagem gástrica; • Administrar anti-emético e estimulador da motilidade gastrointestinal prescrito 15 minutos antes da alimentação por gastrostomia; • Administrar leite adaptado prescrito pela gastrostomia; • Manter decúbito dorsal para a alimentação por gastrostomia; • Manter cabeceira da cama elevada 30 minutos durante e após a administração (medidas anti-refluxo); • Vigiar perímetro abdominal; • Avaliar perímetro abdominal se necessário;	Absorção Nutricional Mantida, em grau aumentado	20.01.2011

03.12.2010	Risco de Dor	• Monitorizar dor através da escala, pelo menos uma vez turno; • Vigiar sinais fisiológicos e comportamentais de dor; • Aplicar EMLA na pele no caso de procedimentos dolorosos; • Administrar sacarose no caso de procedimentos dolorosos; • Administrar analgésico prescrito, no caso de procedimentos dolorosos;	Dor Intermitente, em grau moderado	21.01.2011
03.12.2010	Risco de desenvolvimento infantil alterado	• Promover agrupamento de cuidados; • Permitir períodos de repouso entre os cuidados prestados; • Estimular os pais a interagir com a criança durante os cuidados; • Estimular a criança de acordo com a sua tolerância; • Avaliar a resposta da criança à estimulação; • Gerir o ambiente físico; • Pesar a criança de acordo com prescrição médica;	Desenvolvimento Infantil Alterado, em grau elevado	21.01.2011
03.12.2010	Susceptibilidade à Infecção	• Optimizar Cateter Epicutâneo; • Vigiar local de inserção do Cateter Epicutâneo; • Optimizar penso de Cateter Epicutâneo de 7/7 dias ou em SOS; • Administrar terapêutica endovenosa com normas assépticas; • Vigiar local de inserção de gastrostomia;	Susceptibilidade à Infecção Mantida, em grau elevado	06.01.2011

		• Vigiar sinais vitais (temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca); • Vigiar coloração da pele.		
03.12.2010	Risco de Aspiração	• Monitorizar conteúdo gástrico; • Colocar sonda de gastrostomia em drenagem livre no caso de residuo gástrico elevado ou distensão abdominal em grau elevado; • Optimizar sonda de gastrostomia; • Administrar anti-emético e estimulador da motilidade gastintestinal prescrito, 15 minutos antes da alimentação por gastrostomia; • Administrar leite adaptado prescrito pela gastrostomia; • Manter decúbito dorsal para a alimentação por gastrostomia; • Manter cabeceira da cama elevada 30 minutos durante e após a administração (medidas anti-refluxo);	Limpeza das Vias Aéreas Mantida, em grau elevado	20.01.2011
03.12.2010	Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz	• Promover a aspiração de secreções com técnica asséptica, sempre que necessário;	Via Aérea Eficaz, em grau moderado	20.01.2011

		• Vigiar as características das secreções; • Monitorizar SpO₂ antes, durante e após as aspirações; • Fornecer oxigénio durante e após aspirações, se necessário; • Colaborar na cinesioterapia respiratória diária com o Fisioterapeuta; Cumprir nebulizações prescritas com ventilador não invasivo;		
03.12.2010	Hipoactividade em grau aumentado	• Vigiar a actividade motora da criança; • Vigiar a reactividade da criança à manipulação e a estímulos dolorosos; • Estimular a criança visualmente e sensorialmente; • Incentivar os pais a estimularem a criança;	Actividade Psicomotora, não alterada	21.01.2011
03.12.2010	Risco de Zona de Pressão, em grau moderado	• Posicionar a criança de 3/3 horas ou consoante a sua necessidade; • Vigiar integridade de pele e tecidos; • Vigiar a hidratação tegumentar; • Proceder à massagem corporal de 3/3h, ou de acordo com os posicionamentos;	Tecidos Não Comprometidos	21.01.2011

08.12.2010	Conhecimento dos pais sobre a prevenção da contaminação não demonstrado	• Ensinar, instruir e treinar os pais sobre medidas de prevenção de contaminação antes e após o contacto com a criança; • Reforçar comportamentos adequados.	Conhecimentos dos Pais Demonstrados, em grau elevado	21.01.2011
08.12.2010	Conhecimento dos pais sobre prevenção da aspiração, deficiente em grau moderado	• Reforçar ensinios sobre medidas anti-refluxo; • Supervisionar o cumprimento das medidas anti-refluxo; • Reforçar positivamente a correcta adopção de medidas anti-refluxo.	Conhecimento dos Pais Demonstrado, em grau elevado	11.01.2011
08. 12. 2010	Maceração dos Tecidos, em grau reduzido	• Vigiar a integridade da pele circundante da gastrostomia; • Manter pele circundante à gastrostomia limpa e seca; • Aplicar Cavidon após limpeza com Soro Fisiológico; • Manter Placa de Allevyn entre a pele e o travão da gastrostomia;	Tecidos Melhorados, em grau elevado	15.12.2010
08.12.1010	Risco de Queimadura, em grau reduzido	• Promover a rotação do local de colocação do sensor de pulso/oxímetro; • Vigiar integridade da pele;	Tecidos Não Comprometidos	21.01.2011
08.12.2010	Risco de Metabolismo Energético Alterado	• Monitorizar glicemia capilar da criança em SOS; • Vigiar estado de consciência da criança;	Metabolismo Energético Mantido em grau elevado	21.01.2011

		• Despistar sinais de hipoglicemia.		
17.12.2010	Hipertermia	• Prestar cuidados de higiene com água tépida; • Manter arrefecimento físico natural; • Monitorizar a temperatura da criança com frequência durante o turno; • Regular a temperatura da enfermaria; • Administrar anti-pirético prescrito de acordo com os 5 certos;	Temperatura Corporal Diminuída, em grau moderado	06.01.2011
17.12.2010	Edemas presentes em grau moderado	• Vigiar aparecimento de edemas; • Monitorizar diurese da criança; • Vigiar as características da diurese da criança; • Realizar Balanço Hídrico parcial e total das 24h; • Promover a troca do local de colocação do oxímetro de pulso; • Posicionar a criança em diferentes decúbitos, consoante a sua tolerância; • Administrar terapêutica diurética prescrita;	Retenção de Líquidos Melhorada, em grau moderado	21.01.2011
02.01.2011	Infecção	• Reforçar as medidas de isolamento da criança; • Manter a assepsia em todos os procedimentos realizados à criança; • Vigiar sinais vitais da criança; • Vigiar actividade motora da criança;	Infecção Melhorada, em grau moderado	21.01.2011

		• Vigiar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção do Cateter Epicutâneo e gastrostomia; • Vigiar características das secreções e da urina; • Trocar traqueias do ventilador não invasivo de 7/7 dias; • Proceder à colheita de análises de sangue, urina e secreções, consoante prescrição médica; • Administrar antibioterapia em Cateter Epicutâneo, consoante prescrição médica; • Iniciar fluidoterapia em Cateter Epicutâneo, de acordo com indicação médica;		
02.01.2011	Febre em grau moderado	• Prestar cuidados de higiene com água tépida; • Manter arrefecimento físico natural; • Monitorizar a temperatura da criança durante o turno, sempre com o mesmo termómetro e no mesmo local; • Monitorizar Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória, da criança; • Vigiar sinais de dificuldade respiratória; • Regular a temperatura da enfermaria;	Temperatura Corporal Diminuida	07.01.2011

		• Administrar antipirético prescrito, de acordo com os 5 certos; • Vigiar eficácia de antipirético administrado;		
21.01.2011	Aspiração em grau muito elevado	• Aspirar via aérea com sonda de maior calibre; • Colocar sonda de gastrostomia em drenagem livre; • Iniciar ventilação manual da criança (Ambu) com O2 a 15l/min; • Vigiar SpO2 da criança durante procedimentos; • Proceder à elevação da cabeceira da cama; • Comunicar ao médico a situação da criança.	Limpeza das Vias Aéreas Demonstrada, em grau moderado	21.01.2011
21.01.2011	Hipóxia em grau muito elevado	• Iniciar ventilação manual da criança com O2 a 15 l/minuto; • Vigiar SpO2 durante a ventilação da criança; • Monitorizar coloração de pele e mucosas da criança; • Vigiar estado de consciência da criança; • Preparar o material para a entubação traqueal da criança, pelo médico.	Trocas Gasosas Melhoradas, em grau reduzido	21.01.2011
21.01.2011	Hipotensão, em grau muito elevado	• Administrar fluidoterapia/volume a ritmos elevados, por cateter epicutâneo, de acordo com indicação médica; • Administrar fármacos de emergência, por cateter epicutâneo, de acordo com indicação médica;	Pressão Sanguínea Conseguida, em grau moderado	21.01.2011

-
- Proceder à elevação dos membros inferiores da criança;
 - Monitorizar Frequência Cardíaca e Tensões Arteriais da criança;
 - Iniciar manobras de reanimação na criança;
 - Monitorizar eficácia das manobras de reanimação na criança;
 - Proceder ao transporte da criança, para a UCIP.
-

3. Objectivos da Assistência de Enfermagem à Criança:

- Manutenção da oxigenação, ventilação, termorregulação, nutrição e equilíbrio electrolítico, prevenção e controlo da infecção e potenciar o seu desenvolvimento harmonioso em família.

ANEXO III|

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO – **CENTRO DE SAÚDE**





:: Caracterização do Centro de Saúde da Senhora da Hora::

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, criada em 9 de Junho de 1999, é uma entidade pública empresarial, estabelecida pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, sendo dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira, bem como as três extensões deste último: Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra. A **ULSM** está integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem por objectivo a prestação de cuidados de saúde, podendo, também, desenvolver actividades de investigação, formação e ensino.

A **ULSM** pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo modelo de referência nacional desta integração. É sua missão identificar as necessidades em saúde da população do concelho de Matosinhos e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior.

A sede da **ULSM** está localizada no Hospital Pedro Hispano, onde se encontram os serviços transversais ao funcionamento da instituição como a Biblioteca, os Órgãos de Apoio Técnico e os Serviços de Apoio.

Os cuidados de saúde são prestados por profissionais cuja organização básica é a equipa de saúde familiar, constituída por médico, enfermeiro e assistente administrativo, interligando-se com outros profissionais e/ou em parceria com recursos comunitários, como se pode perceber pelo **Organograma** anexado.

São os seguintes os serviços disponíveis no Centro de Saúde da Senhora da Hora:

1:: Consultas em equipa de saúde familiar (médico e enfermeiro):

- vigilância de grupos vulneráveis (saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e vigilância oncológica)
- vigilância de grupos de risco (diabéticos e hipertensos, entre outros)
- saúde de adultos • visitação / **consulta domiciliária**

2 :: Consulta médica de urgência (dita de recurso)

3 :: Preparação Psico-profilática para o Parto e Puerpério

4 :: Massagem Infantil e Pós-parto

5 :: Outros atendimentos de enfermagem:

• Vacinação (sujeita a marcação) • Pensos e injectáveis (sujeitos a marcação)

6 :: Consulta de Nutrição: por solicitação do médico ou enfermeiro de família

7 :: Assistente Social: por solicitação do médico ou enfermeiro de família

8 :: Consulta de Psicologia: por solicitação do médico de família

9 :: Tele-consulta de Dermatologia: por solicitação do médico de família

10 :: Consulta de Cirurgia Geral: por solicitação do médico de família

11 :: Consulta de Ortopedia: por solicitação do médico de família

12 :: Consulta de Ginecologia: por solicitação do médico de família

13 :: Consulta e Consultadoria de Pediatria: por solicitação do médico de família

14 :: Consultadoria de Pedopsiquiatria: exclusivamente de apoio ao médico de família

15 :: Consultadoria de Endocrinologia: exclusivamente de apoio ao médico de família

16 :: Saúde Escolar

17 :: Promoção da Saúde

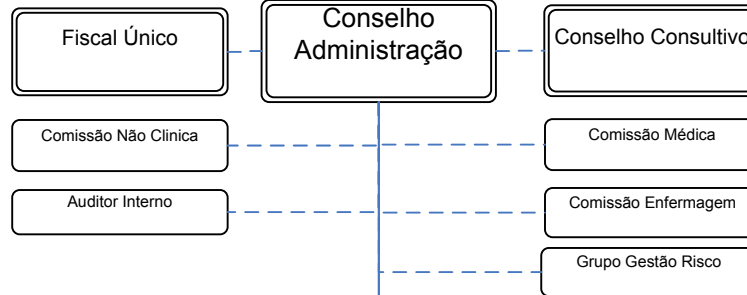
18 :: Apoio Domiciliário Integrado: projecto de apoio domiciliário a utentes em situação de dependência

19 :: Realização de Espirometria: por solicitação do médico de família

20 :: Corpo de Voluntários: na dependência da Assistente Social

:: Centros de Saúde

Nos Centros de Saúde considera-se o ratio de 1 enfermeiro por equipa de saúde com uma lista de 1300 a 1700 utentes e respectivas famílias. A dotação de Enfermeiros nos Centros de Saúde é de 117 no seu total, 38 pertencentes à função pública e os restantes com Contrato Individual de Trabalho (dados de Novembro de 2005).



Área Assistencial

Área Financeira, Administrativa e Logística

Área Clínica

C. R. Cuidados Saúde Primários

Rede Local de Cuidados Continuados

Serviços Apoio Assistencial

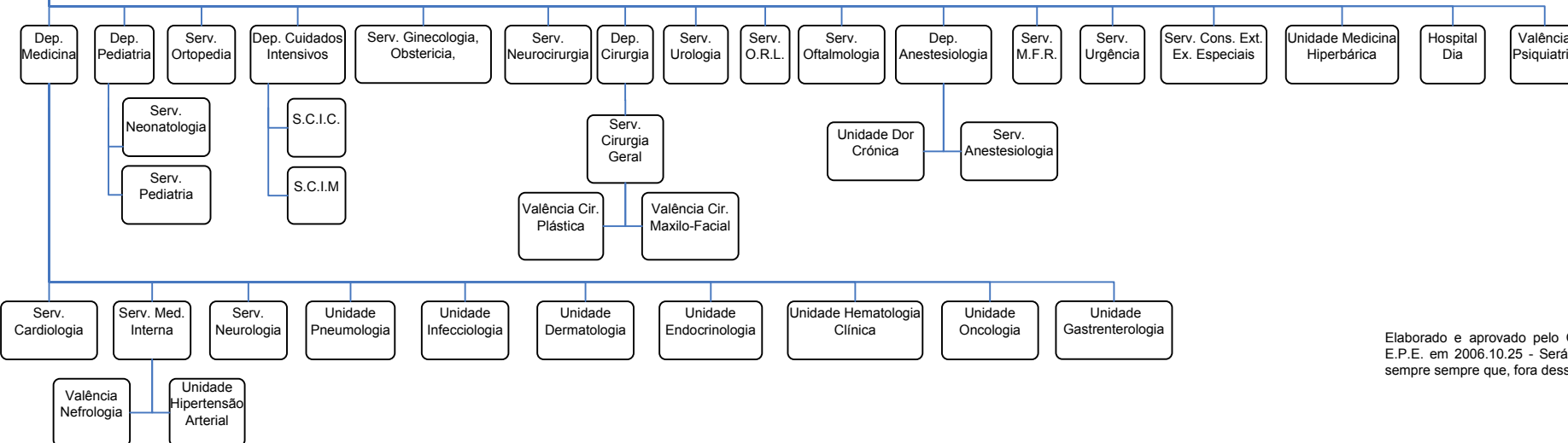
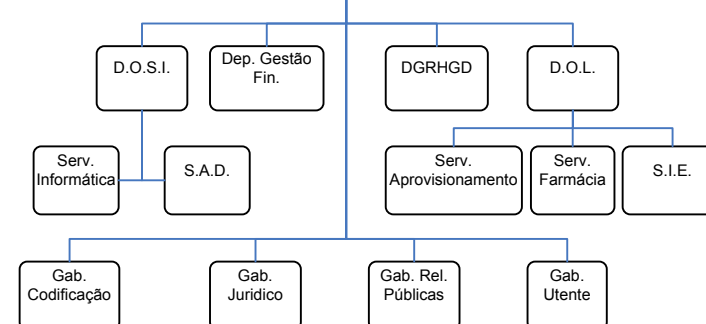
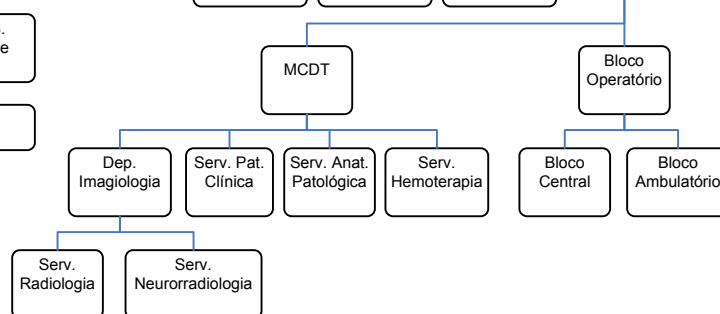
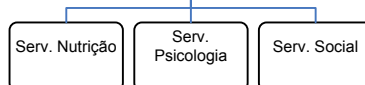
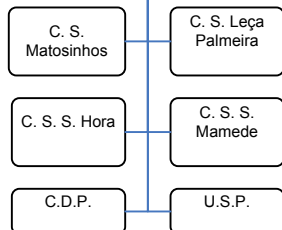
Áreas de Apoio Clínico

Serv. Segurança, higiene e saúde ocupacional

Serviços de Apoio à Gestão

Serviços de Apoio Geral

Serviços Culturais e de Formação



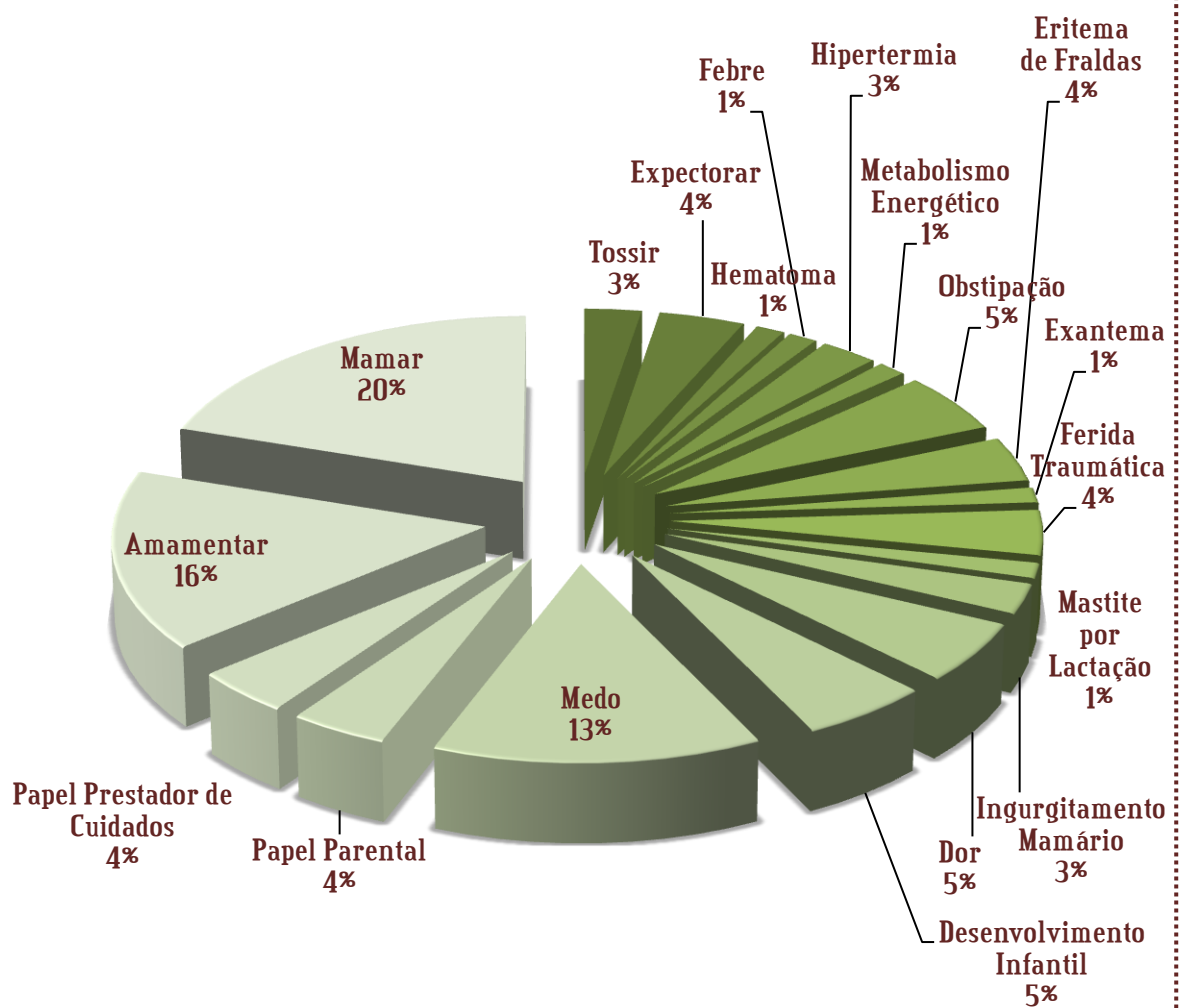
ANEXO IV|

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- CONSULTA DE ENFERMAGEM



Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem



ANEXO V|

IACP



Avaliação das competências parentais:
da preparação ao exercício do papel parental: orientação para a recolha de dados



Curso Licenciatura Enfermagem
Estágio de Saúde Materna

C.S.: _____ Data de início: ____/____/____ Aluno: _____

Mãe: _____	Idade: ____ anos	Escolaridade: ____ anos	Profissão: _____
Pai: _____	Idade: ____ anos	Escolaridade: ____ anos	Profissão: _____
Bebé: _____	Telefone: _____	N.º proc.: _____	Enf. família: _____

GRAVIDEZ

Local de vigilância da gravidez ☐ Centro de Saúde ☐ Médico privado ☐ Consulta no hospital ☐ Outro _____

Idade gestacional: ____ semanas ____ dias DPP: ____/____/____ Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____

Gravidez planeada: ☐ não ☐ sim | Gravidez desejada: ☐ não ☐ sim | Complicações: ☐ não ☐ sim: (especificar) _____

Parto(s) anterior(es): ☐ eutócico (____) ☐ ventosa/ fórceps (____) ☐ cesariana (____) | Experiência do parto(s) e 1.º dias: ☐ positiva ☐ negativa

SUPORTE SOCIAL previsão

Quem cuidará do bebé: ☐ mãe ☐ pai ☐ mãe/ sogra ☐ _____

Vai ter ajuda para cuidar do bebé: ☐ não ☐ sim: ☐ mãe/ sogra ☐ outros familiares ☐ amigos ☐ outros

Tipo de ajuda: ☐ tomar conta do bebé ☐ ajuda nos cuidados ao bebé ☐ ajuda nas tarefas domésticas ☐ outras

ATITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:

Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

Mãe

- ☐ procura a informação (por antecipação)
- ☐ quando a situação surgir se verá
- ☐ não tem dúvidas

Pai

- ☐ procura a informação (por antecipação)
- ☐ quando a situação surgir se verá
- ☐ não tem dúvida

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

☐ Livros ☐ Internet

☐ Enfermeiro ☐ Médico

☐ Familiares ☐ Outras mães

☐ Outros _____

☐ Livros ☐ Internet

☐ Enfermeiro ☐ Médico

☐ Familiares ☐ Outras mães

☐ Outros _____

Frequenta sessões de: preparação para o parto: ☐ não ☐ sim | preparação para a parentalidade: ☐ não ☐ sim

Se NÃO (especificar o motivo): _____

Acompanhamento de enfermagem na consulta: ☐ não ☐ sim

<28 semanas de gestação

Em relação ao **PREPARAR A CASA PARA RECEBER O RECÉM-NASCIDO**,

Já adquiriu: ☐ berço/cama ☐ equipamento para dar banho

☐ cadeira de transporte ☐ carrinho de passeio

n.º consulta e data: ____/____/____

Local de contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE

Idade gestacional: ____ s ____ d

Aula sobre o tema: ☐ não ☐ sim

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE

____ s ____ d

☐ não ☐ sim

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE

____ s ____ d

☐ não ☐ sim

tem **conhecimento** sobre:

- Características do quarto do recém-nascido
- Características do berço/cama
- Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho
- Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte
- Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL**, tem **conhecimento** sobre:

- Critérios de escolha da roupa para o bebé
- Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé
- Critérios de escolha e de uso de chupeta
- Critérios de escolha das fraldas e toalhetes

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, ☐ não se aplica | Idade dos irmãos (anos): ____

Reações dos irmãos: ☐ Interesse em tocar a barriga da mãe ☐ Interesse em acompanhar nas consultas ☐ Vontade de participar nas preparações para o bebé ☐ Curiosidade ☐ Ciúme ☐ Mais apelativo ☐ Aumento da dependência dos pais ☐ Regressões no desenvolvimento ☐ Agressividade ☐ Indiferente ☐ _____

tem **conhecimento** sobre:

- Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez

28-33 semanas de gestação

Em relação a **AMAMENTAR**:

Experiência anterior de amamentar ☐ não ☐ sim | **Se sim: Duração** _____ (meses, último filho) | **Apreciação da experiência:** ☐ positiva ☐ negativa

Motivo para deixar de amamentar: _____ | **Episódio(s) de:** Ingurgitamento mamário: ☐ não ☐ sim | Fissura: ☐ não ☐ sim

Se não: Já observou alguém amamentar ☐ não ☐ sim | **Expectativa:** ☐ Intenção de amamentar ☐ Impossibilidade de amamentar _____

Suporte: ☐ mãe ☐ sogra ☐ _____

n.º consulta e data: _____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE

Idade gestacional: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

Aula sobre amamentação: ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim

- | | | | | |
|----|--|---------------|---------------|---------------|
| 11 | ▪ Benefícios da amamentação | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 12 | ▪ Características do <u>colostr</u> e do <u>leite</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 13 | ▪ Critérios para decidir quando <u>oferecer 1 ou as 2 mamas</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 14 | ▪ Critérios para decidir o <u>intervalo</u> e <u>duração</u> das mamadas | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 15 | ▪ Sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 16 | ▪ Sinais de <u>fome</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 17 | ▪ Sinais de <u>saciedade</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 18 | ▪ <u>Posição</u> da mãe e do filho | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 19 | ▪ Sinais de <u>pega adequada</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 20 | ▪ Estratégias para <u>manter o bebé acordado</u> durante a mamada | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 21 | ▪ Sinais de <u>produção e libertação de leite</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 22 | ▪ Medidas que <u>estimulam/comprometem a lactação</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 23 | ▪ Diferença entre a <u>subida de leite</u> vs ingurgitamento mamário | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 24 | ▪ Factores de <u>risco de ingurgitamento mamário</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 25 | ▪ Medidas de <u>prevenção de ingurgitamento mamário</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 26 | ▪ Factores de <u>risco de fissura do mamilo</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 27 | ▪ Medidas de <u>prevenção de fissura do mamilo</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 28 | ▪ Influência da <u>alimentação da mãe</u> no leite (composição) | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 29 | ▪ Efeitos da <u>ingestão de cafeína</u> na criança ☐ não se aplica | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 30 | ▪ Efeitos da <u>ingestão de bebidas alcoólicas</u> na criança ☐ não se aplica | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 31 | ▪ Efeitos de <u>fumar/fumo do tabaco</u> na criança ☐ não se aplica | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |

Em relação a **COLOCAR A ERUCTAR**, tem **conhecimento** sobre:

Experiência anterior: Colocar a eructar: MÃE ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

- | | | | | |
|----|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 32 | ▪ Benefícios da eructação | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 33 | ▪ Posicionar a criança para eructar | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA COM LEITE ADAPTADO**, tem **conhecimento** sobre: (avaliar só se impossibilidade de amamentar)

Experiência anterior: Alimentar por biberão: MÃE ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

- | | | | | |
|----|--|---------------|---------------|---------------|
| 34 | ▪ <u>Material:</u> biberões e tetinas e critérios de escolha | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 35 | ▪ Métodos de <u>lavagem e esterilização</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 36 | ▪ Como <u>preparar o leite</u> adaptado | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 37 | ▪ Como <u>alimentar a criança por biberão</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |

> 33 semanas de gestação

Em relação a **ASSEGURAR HIGIENE**:

Experiência anterior: Dar banho: MÃE ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim | Trocar a fralda: MÃE ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

Já adquiriu equipamento: ☐ não ☐ sim **Fonte de informação:** _____ | Já decidiu onde vai dar banho: ☐ não ☐ sim

Já comprou produtos: ☐ não ☐ sim **Higiene** ☐ **Pele** ☐ **Fonte de informação:** _____

n.º consulta e data: _____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE

Idade gestacional: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

Aula sobre tema: ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim

- | | | | | |
|----|--|---------------|---------------|---------------|
| 39 | ▪ <u>Material</u> necessário e <u>condições prévias</u> para o banho | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 40 | ▪ Critérios para escolher os <u>produtos de higiene</u> a usar | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 41 | ▪ <u>Frequência</u> e <u>horário</u> do banho | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 42 | ▪ <u>Lavar os olhos</u> (pálpebras) / <u>ouvidos</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 43 | ▪ <u>Como dar banho</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 44 | ▪ Como e quando <u>cortar as unhas</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 45 | ▪ Material necessário para a <u>troca da fralda</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 46 | ▪ Critérios de uso sobre os <u>produtos de higiene perineal</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 47 | ▪ <u>Lavar o períneo</u> (se menino/se menina) | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 48 | ▪ Sinais de <u>eritema pela fralda</u> | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 49 | ▪ Factores de risco/medidas de <u>prevenção</u> do eritema da fralda | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |

Em relação ao **TRATAR DO COTO UMBILICAL**,

Experiência anterior: Tratar coto umbilical: Mãe ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim | Já ter observado: Mãe ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE | ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE | ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CE
Idade gestacional: ____ s ____ d | ____ s ____ d | ____ s ____ d
Aula sobre tema: ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim

tem **conhecimento** sobre:

- 50 ▪ Material necessário para a desinfeção do coto umbilical
51 ▪ Quando é esperado a queda do coto umbilical
52 ▪ Como e com que frequência desinfectar o coto umbilical
53 ▪ Estratégias para promover a mumificação e cicatrização
54 ▪ Sinais de infeção do coto umbilical

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Em relação ao **ATENDER AO CHORO**,

Experiência anterior: Lidar com bebés a chorar: Mãe ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

Obs.

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
Idade gestacional: ____ s ____ d | ____ s ____ d | ____ s ____ d
Aula sobre tema: ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim

tem **conhecimento** sobre:

- 55 ▪ Padrão esperado de choro e tipos de choro
56 ▪ Estratégias de consolo
57 ▪ Sinais de cólica/ síndrome de cólica
58 ▪ Factores de risco de cólica/ síndrome de cólicas
59 ▪ Medidas de alívio da dor abdominal

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Em relação a **RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAIS** e **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

Experiência anterior: Já viu um recém-nascido: Mãe ☐ não ☐ sim | PAI ☐ não ☐ sim

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
Idade gestacional: ____ s ____ d | ____ s ____ d | ____ s ____ d
Aula sobre tema: ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim

tem **conhecimento** sobre:

- 60 ▪ Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele
61 ▪ Capacidades dos órgãos dos sentidos
62 ▪ Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido
63 ▪ Regurgitação e medidas de prevenção
64 ▪ Características iniciais da eliminação intestinal
65 ▪ Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce
66 ▪ Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Em relação a **GARANTIR A SEGURANÇA E PREVENIR ACIDENTES**,

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
Idade gestacional: ____ s ____ d | ____ s ____ d | ____ s ____ d
Aula sobre tema: ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim | ☐ não ☐ sim

tem **conhecimento** sobre:

- 74 ▪ Modo adequado de segurar / manipular a criança
75 ▪ Medidas de prevenção de queimaduras
76 ▪ Medidas de prevenção de quedas
77 ▪ Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração
78 ▪ Medidas de prevenção e factores de risco de SMSL
79 ▪ Medidas segurança para transporte no automóvel
80 ▪ Critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido)
81 ▪ Cuidados com animais domésticos

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, ☐ não se aplica

tem **conhecimento** sobre:

- 75 ▪ Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento
76 ▪ Estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL**, tem **conhecimento** sobre:

- 82 ▪ O que é necessário preparar para levar para o hospital

____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Onde pretende levar o bebé para a vigilância da saúde: ☐ CS: _____ | ☐ Pediatra particular | ☐ Outro _____

Gostaria que lhe fosse proporcionado apoio de enfermagem após o nascimento do filho? ☐ não ☐ sim ☐ se precisar, procuro

Se **NÃO**, especificar a razão: _____

Se **SIM**, preferia: ☐ visita domiciliária ☐ consulta no CS ☐ contacto telefónico

Observações:

PARTO E NASCIMENTO

Data do parto: ____/____/____ | Tipo de parto: ☐ eutócico ☐ ventosa ☐ fórceps ☐ cesariana | Local de parto: _____

Pai assistiu ao parto: ☐ não ☐ sim | Considerou a experiência: ☐ positiva ☐ negativa (especificar) _____

Complicações: durante o parto: ☐ não ☐ sim: (especificar) _____ pós-parto: ☐ não ☐ sim: (especificar) _____

Criança: Idade gestacional ao nascimento: _____ sem. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino Apgar: 1.º min ____ / 5.º min ____ Peso: _____ g

Complicações neonatais: ☐ não ☐ sim: (especificar) _____

SUPORTE SOCIAL efectivo

Quem tem cuidado do bebé: ☐ mãe ☐ pai ☐ mãe/sogra ☐ _____

Quem tem ajudado a cuidar do bebé: ☐ não ☐ sim: ☐ mãe/sogra ☐ outros familiares ☐ amigos ☐ outros

Tipo de ajuda: ☐ tomar conta do bebé ☐ ajuda nos cuidados ao bebé ☐ ajuda nas tarefas domésticas ☐ outras

ATITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:

Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

Mãe

- ☐ procura a informação (por antecipação)
- ☐ quando a situação surgir se verá
- ☐ não tem tido dúvidas/dificuldades

Pai

- ☐ procura a informação (por antecipação)
- ☐ quando a situação surgir se verá
- ☐ não tem tido dúvida/dificuldades

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

- ☐ Livros ☐ Internet
- ☐ Enfermeiro ☐ Médico
- ☐ Familiares ☐ Outras mães
- ☐ Outros _____

- ☐ Livros ☐ Internet
- ☐ Enfermeiro ☐ Médico
- ☐ Familiares ☐ Outras mães
- ☐ Outros _____

1.ª/2.ª semana após o nascimento

Em relação ao **ASSEGURAR HIGIENE DA CRIANÇA** e **VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO**

Quem tem dado banho: ☐ mãe ☐ pai ☐ outro _____ n.º consulta e data: ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

é **capaz** de:

Relativamente à higiene e conforto do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...¹

77	▪ Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar temperatura e aquecer o ambiente	1. ...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
78	▪ Dar banho		____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
79	▪ Adoptar medidas para prevenir acidentes durante o banho		____/____		____/____		____/____	
80	▪ Cortar as unhas	2. ...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
87	▪ Escolher vestuário adequado à temperatura	3. ...vestir e despir sem dificuldade.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
88	▪ Vestir e despir a criança		____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
Pele da zona coberta pela fralda:								
81	▪ Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda		____/____		____/____		____/____	
82	▪ Lavar e secar zona coberta pela fralda	4. ...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
83	▪ Adoptar medidas de prevenção do eritema pela fralda		____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
Se eritema pela fralda PRESENTE é capaz de:								
			Eritema pela fralda		☐ ausente ☐ PRESENTE		☐ ausente ☐ PRESENTE	
138	▪ Reconhecer sinais de eritema pela fralda	5. ...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
139	▪ Manter medidas de prevenção do eritema pela fralda		____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
140	▪ Tratar o eritema pela fralda	6. ...saber o que fazer se eritema pela fralda presente.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
			____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
Se descamação da pele PRESENTE tem conhecimento sobre:								
			Descamação		☐ ausente ☐ PRESENTE		☐ ausente ☐ PRESENTE	
143	▪ Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele		____/____		____/____		____/____	

Em relação ao **TRATAR DO COTO UMBILICAL**:

Caiu ao: _____ dia | Onfalite: ☐ não ☐ sim

Se presente, aspecto ☐ húmido ☐ seco, cor 'preta' ☐ húmido ☐ seco, cor 'preta' ☐ húmido ☐ seco, cor 'preta'

é **capaz** de:

Relativamente ao coto umbilical, sente que consegue/acha-se capaz de...

84	▪ Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	7. ...desinfectar correctamente o coto umbilical.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
85	▪ Desinfectar coto umbilical		____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4
86	▪ Manter coto umbilical seco	8. ...promover a mumificação do coto e a cicatrização da ferida após a queda.	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4
			____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4	____/____	P: 1-2-3-4

¹ Mãe (M) / Pai (P) refere sentir-se: 1-incompetente/incapaz; 2- pouco competente/capaz; 3- moderadamente competente/capaz; 4- totalmente competente/capaz.

Em relação ao ALIMENTAR A CRIANÇA , AMAMENTAR e/ou ALIMENTAR COM BIBERÃO				
Se NÃO amamenta, motivo/duração: _____		n.º consulta e data : ____/____/____		
Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT		Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT		
Idade da criança: _____ s _____ d		Idade da criança: _____ s _____ d		
Peso _____ g		Peso _____ g		
Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO		Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO		
Alimenta com biberão ☐ LM ☐ LA		Alimenta com biberão ☐ LM ☐ LA		
LA foi recomendado por: ☐ méd. ☐ enf. ☐ opção		LA foi recomendado por: ☐ méd. ☐ enf. ☐ opção		
tem conhecimento sobre:				
89	▪ Frequência das refeições	____/____	____/____	____/____
90	▪ Necessidades nutricionais e hídricas	____/____	____/____	____/____
Se amamenta é capaz de:		Relativamente ao amamentar, sente que consegue/acha-se capaz de... ²		
91	▪ Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	9. ...perceber se a quantidade de leite que a criança mama ingerir é suficiente para suprir as necessidades nutricionais.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
92	▪ Identificar sinais de fome	10. ...reconhecer quando tem fome.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
93	▪ Identificar sinais de ejecção de leite	11. ...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
94	▪ Adotar posição confortável e posicionar a criança	12. ...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
95	▪ Assegurar pega adequada	13. ...mantê-lo acordado durante a mamada.	____/____	____/____
96	▪ Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	14. ...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário).	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
97	▪ Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	15. ...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
98	▪ Adotar medidas adequadas de higiene das mamas	16. ...fazer com que a criança eructe.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
99	▪ Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere			
113	▪ Posicionar a criança para promover a eructação			
Se alimenta com biberão é capaz de:		Relativamente ao alimentar por biberão, sente que consegue/acha-se capaz de...		
n.º consulta e data : ____/____/____		n.º consulta e data : ____/____/____		
110	▪ Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material	17. ...alimentar correctamente e na quantidade de leite apropriada através de biberão e manter o material limpo.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
111	▪ Preparar o leite de acordo com as indicações			
112	▪ Alimentar a criança , com técnica correcta			
tem conhecimento sobre:				
106	▪ Material : biberões e tetinas e critérios de escolha	____/____	____/____	____/____
107	▪ Métodos de lavagem e esterilização	____/____	____/____	____/____
108	▪ Como preparar o leite adaptado	____/____	____/____	____/____
109	▪ Como alimentar a criança por biberão	____/____	____/____	____/____
Se fissura PRESENTE		Fissura do mamilo ☐ não ☐ risco de ☐ PRESENTE		
n.º consulta e data : ____/____/____		n.º consulta e data : ____/____/____		
é capaz de:		Relativamente à fissura, sente que consegue/acha-se capaz de...		
100	▪ Reconhecer sinais de fissura do mamilo	18. ...identificar se o mamilo tem fissura.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
101	▪ Implementar medidas de tratamento	19. ...saber o que fazer para promover a cicatrização e monitorizar a evolução.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
102	▪ Reconhecer sinais de cicatrização			
Se ingurgitamento mamário PRESENTE		Ingurgitamento mamário (IM) ☐ não ☐ risco de ☐ PRESENTE		
n.º consulta e data : ____/____/____		n.º consulta e data : ____/____/____		
é capaz de:		Relativamente ao ingurgitamento mamário, sente que consegue/acha-se capaz de...		
103	▪ Reconhecer sinais de IM	20. ...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
104	▪ Implementar medidas de alívio do IM	21. ...extrair leite da mama manualmente/atraves de bomba.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
105	▪ Extrair leite manualmente/com bomba			
Em relação ao regurgitação ,		Episódios frequentes de regurgitação ☐ não ☐ sim		
n.º consulta e data : ____/____/____		n.º consulta e data : ____/____/____		
é capaz de:		Relativamente à regurgitação, sente que consegue/acha-se capaz de...		
133	▪ Adotar medidas de prevenção de regurgitação	22. ...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite.	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
134	▪ Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito			
Em relação ao obstrução nasal ,		Obstrução nasal ☐ não ☐ PRESENTE		
n.º consulta e data : ____/____/____		n.º consulta e data : ____/____/____		
tem conhecimento sobre				
141	▪ Sinais de obstrução nasal	____/____	____/____	____/____
142	▪ Medidas de alívio de obstrução nasal	____/____	____/____	____/____

² Mãe (M) / Pai (P) refere sentir-se: 1- incompetente/incapaz; 2- pouco competente/capaz; 3- moderadamente competente/capaz; 4- totalmente competente/capaz.

Em relação ao ATENDER AO CHORO,Percepção do choro: ☐ excessivo ☐ moderado ☐ pouco

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d

Peso ____ g

Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

____ g

☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

____ g

☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

é capaz de:

Relativamente ao choro do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...³

- 114 Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro

23. ...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada. ____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

- 115 Confortar o bebé, quando chora

24. ...perceber se a estratégia está a surtir efeito. ____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

Em relação a cólicas,☐ cólicas ☐ síndrome ☐ NÃO☐ cólicas ☐ síndrome ☐ NÃO☐ cólicas ☐ síndrome ☐ NÃO

é capaz de:

Relativamente ao lidar com cólicas, sente que consegue/acha-se capaz de...

- 135 Reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólicas

25. ...saber quando tem cólica e adoptar medidas de alívio. ____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

- 136 Adoptar estratégias para reduzir choro excessivo

26. ...reconhecer síndrome de cólicas e adoptar medidas de consolo. ____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____
M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

- 137 Implementar medidas de alívio da dor abdominal

____/____

____/____

____/____

____/____

Em relação a GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES,Já teve algum acidente: ☐ não ☐ sim

n.º consulta e data : ____/____/____

Especificar:

Local de contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

é capaz de:

Relativamente à segurança e prevenção de acidentes, sente que consegue/acha-se capaz de...

- 120 Segurar e manipular a criança de modo adequado

27. ...adoptar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis: Queimaduras ____/____

____/____

____/____

____/____

- 116 Adoptar medidas de prevenção de queimaduras

____/____

____/____

____/____

____/____

- 118 Adoptar medidas de prevenção de quedas

____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

____/____

M: 1-2-3-4
P: 1-2-3-4

- 117 Adoptar medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração

____/____

____/____

____/____

____/____

- 119 Adoptar medidas de prevenção do SMSL

____/____

____/____

____/____

____/____

- 121 Afastar a criança de animais domésticos

☐ não se aplica

____/____

____/____

____/____

Em relação a PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO e RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Local vigilância da saúde do bebé:

☐ CS☐ Pediatra particular☐ Outro

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d

Peso ____ g

Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

____ g

☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

____/____/____

☐ CS ☐ D ☐ CT

____ s ____ d

____ g

☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃOAcompanhamento por enfermagem ☐ não ☐ simProcura de serviços de saúde: ☐ não ☐ sim (motivo)☐ não ☐ sim (motivo)☐ não ☐ sim (motivo)tem conhecimento sobre:

- 122 Capacidade de interacção e competências do recém-nascido

____/____

____/____

____/____

- 123 Achados normais na pele da criança

____/____

____/____

____/____

- 124 Medidas de protecção contra infecções

____/____

____/____

____/____

- 125 Explicação para a perda fisiológica de peso

____/____

____/____

____/____

- 126 Padrão de aumento de peso esperado

____/____

____/____

____/____

- 127 Padrão de eliminação intestinal

____/____

____/____

____/____

- 128 Padrão de sono

____/____

____/____

____/____

- 129 Reacções às vacinas (BCG, VHB)

____/____

____/____

____/____

- 130 Coloração ictérica e icterícia

____/____

____/____

____/____

- 131 Como avaliar a temperatura corporal e valor da temperatura corporal normal

____/____

____/____

____/____

- 132 Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde

____/____

____/____

____/____

Sinais de alerta referidos:

Caracterizar LIGAÇÃO MÃE-FILHO:**Comportamentos de ligação**

Estabelece contacto visual, usando a posição face a face

☐ Observado ☐ Verbalizado

Beija e acaricia a criança

☐ Observado ☐ Verbalizado

Fala, canta e murmura para a criança

☐ Observado ☐ Verbalizado

Procura proximidade e contacto físico

☐ Observado ☐ Verbalizado

Mantém a criança confortável

☐ Observado ☐ Verbalizado

Consola a criança/usa técnicas de conforto quando a criança se encontra aborrecida

☐ Observado ☐ Verbalizado**Comportamentos de ligação**

Refere-se à criança pelo nome

☐ Observado ☐ Verbalizado

Refere semelhanças com familiares

☐ Observado ☐ Verbalizado

Verbaliza características positivas da criança

☐ Observado ☐ Verbalizado

Verbaliza sentimentos positivos em relação à criança

☐ Observado ☐ Verbalizado

Procura esclarecer dúvidas

☐ Observado ☐ Verbalizado

Demonstra interesse em aprender os cuidados à criança

☐ Observado ☐ Verbalizado

³ Mãe (M) / Pai (P) refere sentir-se: 1-incompetente/incapaz; 2- pouco competente/capaz; 3- moderadamente competente/capaz; 4- totalmente competente/capaz.

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d ____ s ____ d ____ s ____ d

Peso ____ g ____ g ____ g

Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

Alimenta com biberão ☐ LM ☐ LA, ____ ml ☐ LM ☐ LA, ____ ml ☐ LM ☐ LA, ____ ml

Recomendado por: ☐ méd. ☐ enf. ☐ opção própria ☐ méd. ☐ enf. ☐ opção própria ☐ méd. ☐ enf. ☐ opção própria

Se **alimenta por biberão**é **capaz** de:

Relativamente ao alimentar a criança com LA, sente que consegue/acha-se capaz de...

14:4 ☐ Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais 28. ...preparar leite na quantidade adequada às necessidades e idade da criança. ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Se **intenção de manter lactação**Intenção de manter lactação ☐ SIM ☐ não ☐ SIM ☐ não ☐ SIM ☐ nãotem **conhecimento** sobre:

14:5 Estratégias para **manter a lactação**/amamentação ____/____

14:6 Como **extrair leite** para armazenar ____/____

14:7 **Condições e material** para armazenar leite materno ____/____

14:8 Como **descongelar** o leite materno ____/____

Em relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT

Caracterização do temperamento, tendencial: ☐ fácil ☐ difícil ☐ não sabe ☐ fácil ☐ difícil ☐ não sabe ☐ fácil ☐ difícil ☐ não sabe

tem **conhecimento** sobre:

15:1 ☐ **Temperamento** da criança ao 1.º/2.º mês ____/____

15:2 ☐ **Capacidade motora** ao 1.º/2.º mês ____/____

15:3 ☐ **Capacidade sensorial** ao 1.º/2.º mês ____/____

15:4 ☐ **Capacidade para comunicar** ao 1.º/2.º mês ____/____

15:5 ☐ **Marcos de desenvolvimento** ao 1.º/2.º mês ____/____

Em relação ao **ESTIMULAR DESENVOLVIMENTO**, tem **conhecimento** sobre:

15:6 ☐ Quando o bebé está **receptivo à estimulação** ____/____

15:7 ☐ Estratégias de **estimulação sensorial** ao 1.º/2.º mês ____/____

15:8 ☐ Estratégias para desenvolver **sentimentos de confiança** na criança ____/____

15:9 ☐ Benefícios da **massagem** ____/____

15:10 ☐ Escolha de **brinquedos** adequados à estimulação ____/____

15:11 ☐ Estratégias de **estimulação da linguagem** ____/____

Em relação a **CRIAR HÁBITOS: DORMIR**, tem **conhecimento** sobre:Local onde dorme: Berço ☐ sim ☐ não ____/____ | Quarto pais ☐ sim ☐ não ____/____

14:9 Alterações ao **padrão de sono e vigília**, ao longo do tempo ____/____

15:0 Estratégias para **criar hábitos** para dormir ____/____

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE, GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES** e **LIDAR COM PROBLEMAS COMUNS**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT ☐ CS ☐ D ☐ CT

Procura de serviços de saúde: ☐ não ☐ sim (motivo) ☐ não ☐ sim (motivo) ☐ não ☐ sim (motivo)

(desde o último contacto) ____/____

tem **conhecimento** sobre:

16:2 ☐ **Reacções às vacinas** (DTP, VAP, VHB, Hib) ____/____

16:3 ☐ **Sinais** que justifiquem recorrer ao profissional de saúde ____/____

16:5 ☐ Medidas de protecção contra **queimaduras solares** ____/____

é **capaz** de:

Relativamente à necessidade de avaliar a temperatura, sente que consegue/acha-se capaz de...

16:6 ☐ **Transportar** a criança com segurança 29. ...transportar a criança, garantindo as condições de segurança (carrinho de passeio, automóvel, ao colo, ...). ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

16:4 ☐ Avaliar **temperatura corporal** 30. ...usar o termómetro correctamente e interpretar o valor obtido. ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **obstrução nasal**,**Obstrução nasal** ☐ ausente ☐ PRESENTE ☐ ausente ☐ PRESENTE ☐ ausente ☐ PRESENTEé **capaz** de:

Relativamente à obstrução nasal, sente que consegue/acha-se capaz de...

16:7 ☐ Reconhecer **presença** de obstrução nasal 31. ...aliviar a obstrução nasal quando presente. ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

16:8 ☐ Implementar **medidas de alívio** da obstrução nasal ____/____

Em relação a **obstipação**, tem **conhecimento** sobre:**Obstipação** ☐ ausente ☐ presente ☐ ausente ☐ presente ☐ ausente ☐ presente

16:9 ☐ **Sinais** de obstipação ____/____

17:0 ☐ **Medidas de estimulação** da eliminação intestinal ____/____

Em relação a **diarreia**, tem **conhecimento** sobre:**Episódios de Diarreia** ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não

17:1 ☐ **Sinais** de diarreia ____/____

17:2 ☐ Medidas de **prevenção da desidratação** ____/____

Em relação a **febre**, tem **conhecimento** sobre:**Episódios de Febre** ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não

17:3 ☐ Medidas de **diminuição da temperatura corporal** ____/____

3.º/4.º mêsEm relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d

Peso ____ g

Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

tem **conhecimento** sobre:

- 174 Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos ____/____
- 175 Critérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança ____/____
- 176 Estratégias para o desmame ☐ não se aplica ____/____
- 177 Possíveis reacções gastrointestinais ao alimento ____/____
- 178 Modo de preparar os alimentos ____/____
- 179 Critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança ____/____

Em relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

tem **conhecimento** sobre:

- 180 Capacidade motora ao 3.º/4.º mês ____/____
- 181 Capacidade para comunicar ao 3.º/4.º mês ____/____
- 182 Capacidade sensorial ao 3.º/4.º mês ____/____
- 183 Marcos de desenvolvimento ao 3.º/4.º mês ____/____

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Procura de serviços de saúde: ☐ não ☐ sim (motivo) ____/____

tem **conhecimento** sobre:

- 185 Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam ____/____
- 186 Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes ____/____
- 187 Medidas de higiene oral ____/____
- 188 Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde ____/____

Em relação ao **ESTIMULAR DESENVOLVIMENTO,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

tem **conhecimento** sobre:

- 184 Estratégias de estimulação sensorial ao 3.º/4.º mês ____/____

5.º/6.º mêsEm relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: ☐ CS ☐ D ☐ CT

Idade da criança: ____ s ____ d

Peso ____ g

Amamenta ☐ exclusivo ☐ misto ☐ NÃO

Introdução de novos alimentos ☐ sim ☐ não

Procura de serviços de saúde: ☐ não ☐ sim (motivo) ____/____

tem **conhecimento** sobre:

- 189 Capacidade motora ao 5.º/6.º mês ____/____
- 190 Marcos de desenvolvimento ao 5.º/6.º mês ____/____
- 191 Reacção a estranhos como etapa normal do desenvolvimento ____/____

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO,**Dentes ☐ não ☐ sim ____

é capaz de:

Relativamente aos dentes do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...⁴

- 192 Adoptar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes 32. ...aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes. ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
- 193 Adoptar medidas de higiene oral 33. ...assegurar a higienização dos dentes. ____/____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

⁴ Mãe (M) / Pai (P) refere sentir-se: 1-incompetente/incapaz; 2- pouco competente/capaz; 3- moderadamente competente/capaz; 4- totalmente competente/capaz.

ANEXO VI|

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE A PROBLEMÁTICA DA **VACINAÇÃO**



A vacinação tem um papel fulcral no sucesso da prevenção da morbilidade e da mortalidade infantil (DGS,2006) e quando associada a uma vigilância adequada a nível dos cuidados de saúde primários, forma uma combinação imprescindível para o desenvolvimento saudável da criança. Ainda de acordo com a DGS (2006) “o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta um esquema de vacinação recomendado que constitui uma “receita universal”. A sua importância a nível da prevenção de doenças infecto-contagiosas, essencialmente em lactentes e em crianças durante a primeira infância é inquestionável, no entanto e ainda se verificam muitos incumprimentos do mesmo. Esta é uma situação preocupante, não só a nível Nacional como a nível Mundial, uma vez que, “cerca de dois milhões de crianças morrem anualmente por doenças evitáveis com uma a três doses da vacina”(Pugliesi, Tura & Andreazzi, 2010). Somente taxas de cobertura vacinais de cerca de 95%, permitem obter imunidade de grupo (DGS, 2006).

De acordo com Ferreira (2006), os incumprimentos face ao PNV, “correspondem aproximadamente a 11% da população infantil e deve-se sobretudo a factores culturais e étnicos (somente 42% de crianças de etnia cigana cumprem o PNV), negligência (45%), a intercorrências infecciosas (42%) e à inacessibilidade aos centros de saúde (cerca de 2%)”. Porém outra questão se levanta na problemática do incumprimento do PNV: a não adesão à vacinação infantil por parte dos pais, que de forma mais ou menos livre e esclarecida, recusam vacinas consideradas obrigatórias para o cumprimento do PNV. É sem dúvida, uma responsabilidade pessoal, que deve ser bem elucidada (Ferreira 2006).

Para Poltorak (2004), citado por Cunha & Durand (2008), os antecedentes pessoais, a parentalidade, os raciocínios dos pais sobre os filhos, as próprias noções de doença, de infecção e de imunidade, assim como, as percepções pessoais e culturais de responsabilidade, as relações específicas e contextuais com os serviços de saúde, entre outros aspectos, encontram-se profundamente implicados no modo como a comunidade age e compreende a vacinação. A decisão de não vacinar não surge somente das controvérsias científicas em torno de uma ou outra vacina, antes pelo contrário, surge de uma variedade de factores que se encontram insuficientemente estudados (Cunha & Durand 2008).

No entanto, é inegável que o empenho por parte dos profissionais de saúde em promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, seja pela sistematização informática dos dados dos utentes durante as consultas externas ao Centro de Saúde, as visitas domiciliárias, quer pelos diversos meios de divulgação e comunicação, têm surtido efeito(Cunha & Durand 2008).Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis,

nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso aos serviços de saúde. Cabe aos mesmos promover a confiança dos cidadãos na vacinação, pois esta é fundamental para o cumprimento do Programa, devendo ser-lhes dedicada atenção, informação e cuidados que garantam o acesso e adesão igualitária à mesma (DGS, 2006).

- I. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação: Orientações técnicas”. Ministério da Saúde. 2005: 1-84.
- II. Pugliesi M, Andreazzi M, Tura L. Mothers and the vaccination of children: a study of social representations in the public health sector. Revista Brasileira de saúde Materno-infantil, 2010;10(1): 75-84.
- III. Ferreira G. A Sociedade Portuguesa de Pediatria e o Programa nacional de Vacinação. 2006. [actualizada em: 2005; acesso em 15.05.2010;10h]. Disponível em: www.apifarma.pt.
- IV. Cunha M, Durand J. Nas fronteiras do Corpo, do Saber e do Estado - Vacinação e Sociedade. Repositorium-Universidade do Minho [actualizada em: 2005; acesso em 20.05.2010;9h]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/7650>.

ANEXO VII|

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL SOBRE O **PNV**





UCC Srª da Hora



"Todos os Cuidados e Cuidados para Todos"

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL Sobre o programa Nacional de Vacinação

CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA



Ana Sofia Guimarães | Marta Machado

UCP – ICS | 3º Curso de Pós – Licenciatura

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sob Orientação da Sr.ª Enf.ª Alexandra Correia



| Procure facilmente a informação que pretende nas Tabelas!



Tabela n.º1 | Programa Nacional de Vacinação 2006 **4**

Tabela n.º2 | As Doenças e as suas Vacinas **6**

Tabela n.º3 | Vacinas BCG e VHB **8**

Tabela n.º4 | Vacinas VIP | DTPa | Hib **9**

Tabela n.º5 | Vacinas MenC **10**



Tabela n.º6 | Vacina VASPR **10**

Tabela n.º7 | Vacina Td **11**



Sumário:



1. O que é o Programa Nacional de Vacinação ?	3
2. Vacinas : o que são e para que servem?	5
3. A Vacinação e a Protecção contra as Doenças	6
4. Cuidados no Domicílio com a Criança após as Vacinas	8



1. O QUE É O PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO?

A **Vacinação** é o meio mais seguro e por vezes, o único que permite resistir a infecções. A criação das vacinas e do **Programa Nacional de Vacinação** (ver Tabela n.º1) permitiu que houvesse uma grande redução do número de pessoas com infecções graves e da mortalidade que elas causavam.



O **Programa Nacional de Vacinação (PNV)** é o esquema de vacinação proposto para toda a população, em que as diferentes vacinas e doses são distribuídas ao longo dos anos, desde o recém-nascido até à idade adulta. Assim:

- ✓ É criado pelo Ministério da Saúde;
- ✓ É gratuito;
- ✓ Destina-se a toda a população;
- ✓ Inclui todos os tipos de vacinas indispensáveis;
- ✓ Pode variar com o País;
- ✓ Segue as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Na maioria das vacinas são **necessárias várias doses para que haja defesa eficaz**. As doses das diferentes vacinas são dadas ao longo da infância para a eficácia ser máxima e, registadas no **Boletim Individual de Saúde da Criança** (Ver figura ao lado).



**Tabela n.º 1** | Programa Nacional de Vacinação 2006

Idade	Vacinas
Recém-nascido	BCG
	VHB 1ª dose
2 meses	DTPa VIP Hib 1ªdose
	VHB 2ªdose
3 meses	Men C 1ªdose
4 meses	DTPa ; VIP; Hib 2ªdose
5 meses	Men C 2ªdose
6 meses	DTPa ; VIP; Hib 3ªdose
	VHB 3ªdose
15 meses	VASPR 1ªdose
	Men C 3ªdose
18 meses	DTPa Hib 4ªdose
5 - 6 anos	DTP 5ªdose VIP 4ªdose
	VASPR 2ªdose (nascidos em 1993 é aos 13 anos)
10 - 13 anos	Td
	VHB (as 3 doses - nascidos antes de 1998)
De 10 em 10 anos	Td

Legenda: **BCG** - Vacina contra a Tuberculose; **VIP** - Vacina contra a Poliomielite (vírus inactivado); **DTP** - Vacina contra Difteria-Tétano-Tosse Convulsa (pertussis acelular); **Td** - Vacina contra Tétano-Difteria (Difteria em dose de adulto); **Hib** - Vacina contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; **VHB** - Vacina contra Hepatite B; **VASPR** - Vacina contra Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola; **Men C** - Vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serotipo C.



2. A VACINAÇÃO E A PROTECÇÃO CONTRA AS DOENÇAS

Uma **vacina** é uma **substância derivada** ou **semelhante ao agente causador de doença**. Estas substâncias são apresentadas às células do sistema imunitário, que aprendem a reconhecê-las e a combatê-las durante a infecção. Assim quando uma pessoa **produz anticorpos suficientes**, significa que **tem protecção contra a doença** que pode durar **meses, anos ou mesmo toda a vida**. Se a mesma pessoa voltar a estar em contacto com o agente da infecção, os anticorpos que circulam na corrente sanguínea impedem a doença de se desenvolver ou reduzem a sua gravidade (através da “**memória imunológica**”, o nosso sistema protector consegue reconhecer e combater milhões de organismos diferentes).



Outro factor importante é que a vacinação também evita a contaminação entre as pessoas e assim surtos de doenças!

Deve evitar a vacinação no caso de: febre, infecções, doenças activas da pele, cancro, se estiver a tomar corticosteróides, a fazer radiações ou outra qualquer contra-indicação médica...

A prevenção é a melhor abordagem que devemos tomar, pelo que devemos antecipar a ocorrência de uma alergia grave. Assim, antes da administração de qualquer vacina, deve informar o Enfermeiro **sobre reacções anteriores às vacinas e alergias, nomeadamente ao ovo, a gelatinas, a leveduras (fermento de padeiro) e a antibióticos, bem como a outros alimentos e medicamentos.**





3. CONTRA QUE DOENÇAS PROTEGEM AS VACINAS?

Nas Tabelas seguintes pode encontrar toda a informação sobre as **Doenças que são prevenidas pelas Vacinas** incluídas no Programa Nacional de Vacinação, de forma simples e acessível:



Tabela n.º2 | As Doenças e as suas Vacinas

Doença	O que é?	Qual vacina tomar para proteger as crianças?
Tuberculose	É uma doença infecciosa e contagiosa causada por um micróbio chamado "bacilo de Koch" , atingindo os pulmões, gânglios, rins, ossos, intestino e meninges.	BCG
Hepatite	É uma inflamação do fígado causada pelo vírus B (Vírus Hepatite B), podendo transmitir-se pelo sangue contaminado e pelas relações sexuais. As complicações frequentes são a inflamação crónica, a destruição, o mau funcionamento progressivo do fígado e o cancro.	VHB
Poliomielite	É uma doença infecciosa causada por um vírus, pode invadir o Sistema Nervoso Central causando febre, diarreia e paralisia.	VIP
Difteria - Tétano - Tosse Convulsa	A Difteria também conhecida por crupe ou garrotilho é uma doença infecciosa e contagiosa, alojando-se ao nível das amígdalas, laringe, faringe, fossas nasais e pele, provocando infeções graves até mesmo a morte. O Tétano é uma doença infecciosa causada por uma toxina altamente letal, afectando os nervos motores , causando espasmos musculares	DTPa



	dolorosos até à sua paralisação . A tosse convulsa é uma doença infecciosa do tracto respiratório , contagiando-se através de gotículas provenientes da tosse ou do espirro.	
Haemophilus influenzae serotipo tipo B	É um microrganismo que se aloja no tracto respiratório humano . É responsável por infecções respiratórias e infecções graves como a meningite e septicemia (infecção corporal generalizada), principalmente nas crianças.	Hib
Meningite por Meningococo C	A meningite e a infecção grave causada por bactérias, são importantes causas de mortalidade e/ou de sequelas neurológicas a longo prazo.	Men C
Sarampo - Parotidite Epidémica - Rubéola	O sarampo e a rubéola são doenças contagiosas provocadas por um vírus, transmitindo-se essencialmente através de gotas de saliva durante o espirro e a tosse. A parotidite (papeira) é uma infecção contagiosa causada por um vírus que provoca uma dilatação dolorosa das glândulas salivares, podendo afectar outros órgãos, sobretudo nos adultos.	VASPR
Tétano e Difteria	Ver Tétano e Difteria na vacina DTPa.	Td



4. CUIDADOS EM CASA COM A CRIANÇA APÓS AS VACINAS

Após a administração das Vacinas, o **Enfermeiro irá alertá-lo para alguns sinais ou sintomas** que ocorrem com mais frequência, sendo muito importante saber o que fazer! Pode ver nas Tabelas seguintes, o que esperar e que atitudes tomar, assim:



Tabela n.º3 | Vacinas BCG e VHB

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
Recém – Nascido	BCG (Tuberculose)	Forma-se um Nódulo vermelho até ficar numa Vesícula. 2 4 semanas depois forma uma úlcera que cicatriza em 2 5 meses	Lavar normalmente a zona da cicatriz. Não colocar pensos nem pomadas. Se aparecimento de febre inchaço (abcesso é raro) – encaminhar para o médico.
Recém – Nascido 2 e 6 meses	VHB (Hepatite B)	Dor, rubor e inchaço no local da injeção Febre até 24/48h após (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°) Mau-estar, fadiga, dores de cabeça, náuseas, tonturas...	Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha Administrar antipirético consoante peso da criança

**Tabela n.º4** | Vacinas VIP | DTPa | Hib

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
2 4 e 6 meses	VIP (Vírus Inactivado Poliomielite)	 Rubor, dor, ardor e inchaço no local da injeção 48h após podendo durar 1 2 dias	 Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha
		 Febre (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°)	 Administrar antipirético consoante peso da criança
2 4 6 e 18 meses	DTPa (Difteria – Tétano – Tosse Convulsa)	 Febre » 40,5° 48h após Pouco reactivo e “corpo mole” 48h após Choro contínuo e/ou gritos persistentes durante 3h, 48h após Convulsões com ou sem febre, 3 dias após	 Consultar médico assistente
		 Rubor, dor, ardor e inchaço no local da injeção 48h após podendo durar 1 2 dias	 Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha
2 4 6 e 18 meses	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b)		

**Tabela n.º5 | Vacinas MenC**

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
3 5 e 15 meses	MenC (Meningite Meningococo C)	 Dor, rubor e inchaço no local da injeção até 24/48h Febre (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°) Choro, irritabilidade, sonolência, diarreia, náuseas, vômitos...	 Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha Administrar antipirético consoante peso da criança

Tabela n.º6 | Vacina VASPR

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
15 meses 5 6 anos	VASPR (Sarampo Parotidite Epidémica Rubéola)	 Rubor, calor, ardor, dor, inchaço no local de injeção (frequente) Febre » 39,4° com aparecimento 5 12 dias após Irritabilidade, choro intenso, mau-estar, diarreia, sonolência e vômitos...	 Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha Administrar antipirético consoante peso da criança



Tabela n.º7 | Vacina Td

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
10 13 anos De 10 10 anos	Td (Tétano)	 Rubor, dor, calor e inchaço no local de injeção, 1 3 dias após Febre (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°) Nódulo duro e doloroso no local da injeção (pode durar semanas até desaparecer) Dores de cabeça, arrepios, vertigens, tensão baixa, dores musculares...	 Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha Administrar antipirético consoante peso da criança

*O que se faz agora com as crianças...
é o que elas farão depois com a sociedade.*

(Mannheim, 2001)



Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil



Centro de Saúde da Senhora da Hora

Rua da Lagoa nº 4460 SENHORA DA HORA

Telefone Geral: 229568500



UCC Sr^a da Hora



ANEXO VIII|

CURSO DE EDUCAÇÃO PARENTAL MINISTRADO NO **CENTRO DE SAÚDE**



PrEP – Projecto de Enfermagem para a Parentalidade **Projecto Bem-me-Quer**

Ana Guimarães | Marta Machado

Curso de Pós-Licenciatura |
Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria



Responsáveis pelo Projecto



Ana Rita Vieira

Alexandra Correia

Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria

Susana Ferreira

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica



UCC Srª da Hora

Etapas do projecto



Figura 1 – Cronograma do plano de acção para 3 anos

IACP | Inquérito de Avaliação das competências parentais

“...da preparação ao exercício do papel parental: *orientação para a recolha de dados*”

Desenvolvido pela Sr.ª Enfermeira Alexandrina Cardoso

Docente da ESEP

Aplicado pelos alunos do

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Da ESEP



Critérios de Referênciação Articulação com Enfermeiro de Família



Grávida/Casal + 20s

Vigilância da Gravidez

Auto-Cuidado:

- Promoção da adopção de comportamentos saudáveis: hábitos alimentares, uso de substâncias, exercício físico, ...
- Gestão do regime terapêutico;
- Gestão de efeitos colaterais da gravidez;
- Auto-cuidado pós-parto

Parentalidade

Consultas Individuais

Visitas domiciliárias

Sessões temáticas em grupo

Enfermeiro de Família

PrEP



UCC Srª da Hora

- Preparação para o Parto
- Preparar a casa para receber o bebé;
- Preparar o enxoval do bebé;
- Amamentação;
- Esclarecimento de dúvidas, receios e medos;
- Desenvolver o papel parental em mães adolescentes.



Critérios de Referência Articulação com Enfermeiro de Família |



Pais e Criança – desde o nascimento

Vigilância do Desenvolvimento Infantil

- Vacinação das crianças;
- Avaliação do desenvolvimento psicomotor e identificação de sinais de alarme nas consultas que integram o Programa Nacional de Saúde Infantil;
- Promoção da adopção de comportamentos saudáveis;

Critérios:

- Problemas de saúde da criança;
- Dificuldades na amamentação;
- Crianças com doença crónica;
- Mães e pais com dificuldades no desempenho de papel (choro, higiene, sono, educação...);
- Papel parental comprometido;
- Bebés com temperamento difícil...

Enfermeiro de Família

Parentalidade

Consultas Individuais

Visitas domiciliárias

Sessões temáticas em grupo

Assistência a crianças institucionalizadas

PrEP



UCC Srª da Hora

Objectivos do PrEP

- Amamentação;
- Cuidados ao coto umbilical;
- Compreender as diferentes etapas do desenvolvimento da criança;
- Estimular o desenvolvimento da criança;
- O choro e estratégias de consolo;
- Massagem do bebé e recuperação física da mãe;
- Preparar o banho;
- Birras e disciplinas;
- Hábitos de sono;
- Gerir o ciúme do irmão;
- Alimentação da criança;
- Prevenção de acidentes.



UCC Srª da Hora

Fim |

Este projecto pretende ser um

recurso, para o novo

desafio que **é serem**

pais...!



UCC Srª da Hora

ANEXO IX|

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE A **MASSAGEM INFANTIL**



As sessões de massagem infantil são percepcionadas como um palco ideal para a partilha de momentos familiares, beneficiando a aproximação, ligação e vinculação segura entre pais e bebés (Moyse, 2005). Nesta sessão familiar, o Enfermeiro utiliza um boneco simulador para exemplificar as técnicas de massagem, transmitindo aos pais conhecimentos que autorgarão a sua autonomia. É uma óptima oportunidade para discutir problemas e dissolver algumas dúvidas parentais, colmatando as suas necessidades com ensinamentos especializados, no que é entendido como um fórum de discussão parental (Lorenz, Moyse & Surguy, 2005; Moyse, 2005). Surge também como um incentivo à participação do pai, contrariando a natureza do *Cuidar*, na sua maioria remetido ao papel da mulher como mãe (Pooley, 2009).

O conceito de ligação é muito familiar aos Enfermeiros de Pediatria. A existência de ligação entre a tríade torna-se a característica mais importante para o correcto desenvolvimento infantil e vinculação entre os mesmos, confirmando estudos a hipótese de na sua inexistência o bebé nem sobreviver ou afectar gravemente a sua capacidade de aprendizagem futura (Moyse, 2005; Pooley, 2009). Estas sessões de Massagem, auxiliam a construção de uma calorosa e afectiva relação entre pais e bebé, no sentido de constituir o primeiro passo para o seu equilíbrio emocional e psicológico em adulto bem como nas suas relações futuras. O Enfermeiro encoraja os pais a verbalizarem com o seu bebé e a toca-los de uma forma positiva, ou seja, gentil e amorosa, para que possam beneficiar de todas as vantagens que tem para oferecer: o relaxamento muscular, a redução das cólicas, a melhoria da circulação e melhores padrões de sono e alimentação (Pooley, 2009; Lorenz, Moyse & Surguy, 2005). Através da massagem os pais podem comunicar com os 5 sentidos, estimulando sentimentos de confiança e de protecção (Lorenz, Moyse & Surguy, 2005), constituindo um palco de excelência no sentido de o Enfermeiro os dotar de competências cuidativas do seu filho.



:: Moyse K. Baby Massage and Baby Play: promoting touch and stimulation in early childhood. Paediatric Nursing. 2005; 17(5): 30-34.

:: Lorenz L, Moyse K & Surguy H. The Benefits of Baby Massage. Paediatric Nursing. 2005; 17(5): 15-20.

:: Pooley C. The Right Touch. Paediatric Nursing. 2009: 9.

ANEXO X|

FLYER: **MASSAGEM DO TEMPO**



MASSAGEM DO TEMPO

UMA HISTÓRIA CONTADA PELO TOQUE...

| Curso de Massagem Infantil



Era uma vez um grande sol amarelo...

(com uma mão no ombro, a outra mão faz círculos no sentido dos ponteiros do relógio nas costas)

...que aqueceu o mundo inteiro...

(fazer raios a sair para os lados)

Mas olha, nuvens estão a aparecer e taparam o sol...

(fazer pequenos círculos com as almofadas dos dedos)

Depois veio o vento...

A soprar cada vez com mais força...e mais força...e mais força...

(deslize a mão de um lado para o outro, com mais força...mais força)

...até que o vento se transformou num tornado e furacão...

(começar nos ombros e fazer movimentos circulares com as almofadas dos dedos)

Depois vieram os relâmpagos ...

(fazer relâmpagos com os dedos)

E a trovoada...

(bater nas costas com as mãos)

Depois veio a chuva...

(começar nos ombros e deslizar até ao fundo das costas com os dedos)

E choveu com mais força...e mais força...

(menos movimentos mas com mais força)

...até que a chuva se transformou em granizo... e mais granizo...

("brincar" com a ponta dos dedos nas costas...com mais e mais força)

Depois começou a nevar e tudo ficou lindo e branco...

(carregar suave e lentamente nas costas)

E a única coisa que se via era um gato a subir para o telhado...

(fazer pegadas nas costas a utilizar a palma da mão)

Finalmente apareceu o nevoeiro e tudo ficou tranquilo...



ANEXO XI

CARTÃO DE APRESENTAÇÃO DOS CANTINHOS DE AMAMENTAÇÃO

– **REMODELADO**





Comité
do **Aleitamento**
Materno da
ULSM

CANTINHOS de AMAMENTAÇÃO na ULSM

Sempre presente uma Conselheira em Amamentação...

Hospital Pedro Hispano | 4ª e 6ª Feiras | 11h às 13h

CENTROS DE SAÚDE:

C.S.Sra.Hora	3ª 4ª 5ª Feiras 11h às 13h
C.S.S. Mamede	6ª Feira 12h às 13h
C.S.Matossinhos	2ª Feira 12h às 13h 4ª Feira 13h às 14h
C.S.Leça Palmeira	4ª 5ª Feiras 13h às 14h
U.S.Lavra	6ª Feira 13h às 14h

| SOS Amamentação
962020301

| Mama Mater
214532019

| SIMEG 800202844

(dúvidas sobre amamentação e
medicação)

www.sosamamentacao.org.pt

www.mamamater.org

www.amamentar.net

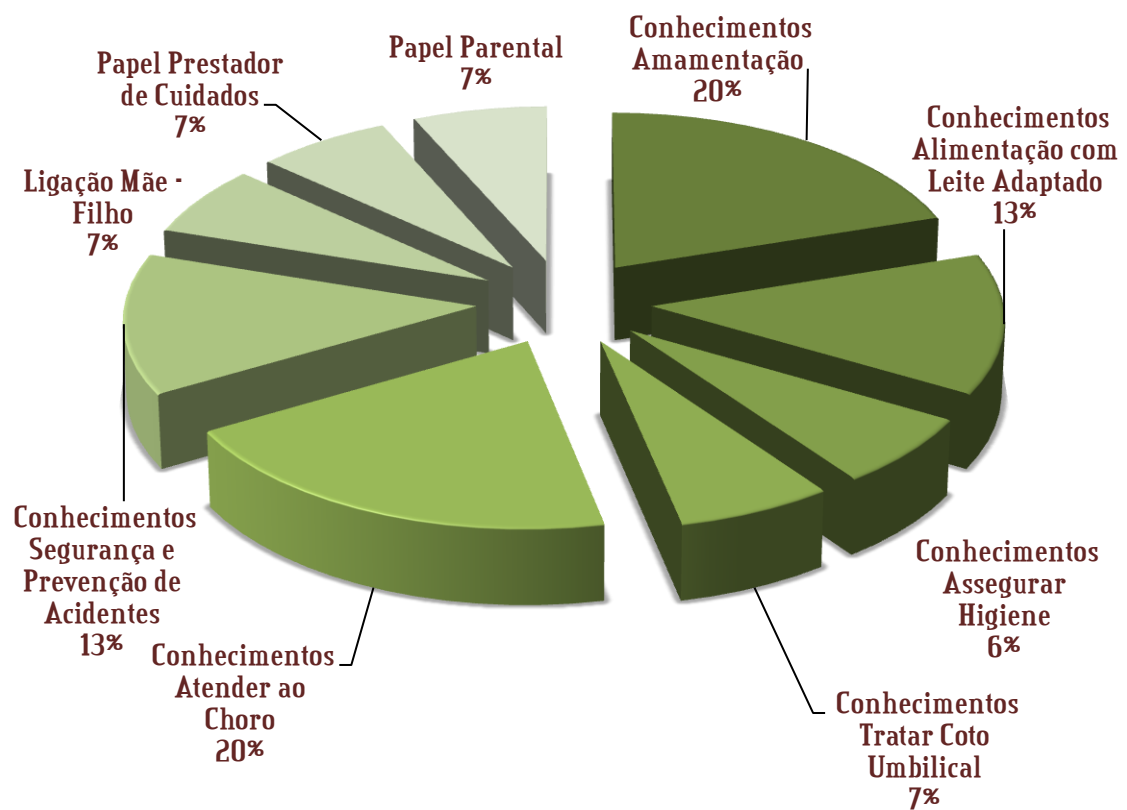
ANEXO XII|

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM

– VISITA DOMICILIÁRIA (IACP)



Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - IACP -



ANEXO XIII

PLANEAMENTO DA AES: ***PROJECTO PEDICULOSE NA ESCOLA***





CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde sobre: “Projecto Pediculose | Na Escola”



3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ano Lectivo 2009/2010

Docente orientadora: Sr.ª Enf.ª Isabel Quelhas

Enfermeira Tutora: Sr.ª Enf.ª Alexandra Correia

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde: "Projecto Pediculose | Na Escola "



SUMÁRIO

0. Introdução	3
1. Análise da Situação	5
2. Objectivos	7
3. Selecção de Conteúdos	9
4. Metodologias, Meios e Estratégias	10
5. Organização/Programação da Actividade	11
5.1 Plano da Actividade	12
6. Selecção e Organização de Estratégias de Avaliação	14
7. Conclusão	17
8. Bibliografia	18
ANEXOS	19

0. INTRODUÇÃO

Esta Acção de Educação para a Saúde surge no âmbito do Estágio do Módulo I – Saúde Infantil, em contexto de Intervenção na Comunidade, do 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta actividade desenvolvida encontra-se sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia, a decorrer no Centro de Saúde da Sr.ª da Hora na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.

Após uma reunião com as Coordenadoras da Saúde Escolar do Centro de Saúde supracitado, foi sugerida a apresentação de uma Acção de Educação para a Saúde no domínio do Projecto da Pediculose, direccionada para os educadores e pais das escolas pertencentes ao Agrupamento de Guifões, suprimindo assim uma necessidade formativa/informativa por este Agrupamento expressa.

Deste modo, os principais objectivos deste planeamento são:

- ✓ Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Educação para a Saúde;
- ✓ Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;

Este documento encontra-se organizado em sete capítulos desde a introdução até à bibliografia, iniciando-se com uma análise da situação,



seguidamente com a enumeração dos objectivos da actividade, a selecção de conteúdos, metodologias, meios e estratégias, organização e programação da actividade, selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A pediculose assume-se como uma doença que tem afectado a humanidade ao longo de toda a história. Antigamente a sua alta prevalência foi relacionada com a limitada disponibilidade de água e deficientes condições higiénicas, situações estas que diminuíram drasticamente na primeira metade do séc.XX. Já nos anos 60, houve um aumento significativo na prevalência mundial da pediculose, relacionado com novos hábitos de vida, como o declínio dos hábitos de higiene pessoais, o aumento da promiscuidade sexual e o uso de cabelos longos, especialmente, entre as camadas mais jovens (Neira *et al*, 2009; Catalá *et al*, 2005). Alguns estudos reforçam ainda que a prevalência da Pediculose se encontra também associada a factores genéticos, baixas condições sociais e características populacionais propensas à infestação. Apontam também como factor predisponente, a elevada resistência aos anti-parasitários, como o lindano e a permetrina, quando utilizados de forma excessiva ou preventiva (Motovali – Emami, 2008).

A Pediculose pode transmitir-se pelo contacto directo, dada a migração de parasitas entre diferentes couros cabeludos, durante brincadeiras ou manifestações de carinho, como os abraços (Catalá *et al*, 2005), reforçando a importância dos ensinamentos preventivos pela equipa de Enfermagem no sentido de erradicar a sua propagação. Apesar de algumas crianças de apresentarem como assintomáticas, a maior parte manifesta extremo desconforto com o prurido persistente, que ocorre devido à sintetização da saliva e conteúdo fecal do antigénio. As crianças com idades inferiores a 5 anos, não costumam manifestar imediatamente sintomas de infestação do couro cabeludo, no entanto encontra-se descrito que crianças com mais de 10 anos, manifestam-se precocemente (Motovali – Emami, 2008).

Complicações associadas ao parasitismo podem surgir, dadas as lesões do couro cabeludo provocadas pelo coçar permanente, como infecções

bacterianas secundárias, adenopatias cervicais, dermatites generalizadas e dermatites pós-terapêuticas (Catalá *et al*, 2005; Motovali – Emami, 2008). É por isso necessário desmistificar a problemática da Pediculose junto de educadores e pais, que aparentemente se anuncia como um problema transitório e sem complicações associadas.

A promoção da saúde é um processo muito importante que desde há muito vem a ser sugerido, no entanto na prática, metodologias para o seu alcance ainda estão a ser aprimoradas. A escola é o palco ideal para a realização de Acções que visem a mesma e, onde a pediculose aparece e prolifera, principalmente. Por este e outros motivos, foi produzida uma actividade de Educação para a Saúde sobre este tema, com base na pesquisa bibliográfica qualitativa realizada (Cunha, 2006).

2. OBJECTIVOS

Neste capítulo serão definidos os objectivos desta Acção de Educação para a Saúde, atendendo aos grupos alvo diferenciados: educadores e pais de crianças que frequentam os Estabelecimentos de Ensino, do Agrupamento de Guifões. A diferenciação de grupos alvo, exige a demonstração de competências comunicacionais, de liderança e estratégias motivacionais diferentes. Assim sendo, constitui um óptimo palco de aprendizagem, de atingimento de alguns Indicadores de Avaliação de Estágio bem como de algumas competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Com a realização da actividade pretendemos atingir os seguintes objectivos:

Objectivos Gerais:

- ✓ Sensibilizar para a problemática da Pediculose;
- ✓ Desenvolver competências comunicacionais com diferentes audiências;
- ✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo;
- ✓ Realizar uma Avaliação da Aprendizagem nos grupos alvo;
- ✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Guifões, no âmbito da Pediculose;

Objectivos Específicos:

- ✓ Desmistificar o conceito de Pediculose;
- ✓ Informar sobre os principais sinais e sintomas da Pediculose;
- ✓ Explicar as principais vias de transmissão da Pediculose;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar para diagnosticar um caso de Pediculose;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com a aplicação dos anti – parasitários;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com o acondicionamento e higienização de roupas, brinquedos e outros objectos;
- ✓ Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate e erradicação da Pediculose;

3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com a finalidade da sessão e com os objectivos a atingir, os conteúdos educacionais seleccionados são:

- ✓ O que é a Pediculose?
- ✓ Quais as Queixas mais Comuns?
- ✓ Como se transmite?
- ✓ Como se faz o diagnóstico?
- ✓ Qual o tratamento?
- ✓ Que produtos utilizar?
- ✓ Medidas preventivas

4. METODOLOGIA, MEIOS E ESTRATÉGIAS

O método pedagógico utilizado deve contribuir para que não seja dada atenção excessiva ao formador em detrimento do formando e do programa. Ao contribuir directamente para orientar o modo como se gere a transmissão de conhecimentos, o método constitui-se fundamentalmente como o meio para atingir os fins da formação e não o fim em si, mantendo e promovendo o equilíbrio entre Formando – Saber – Formador (Soares, 2008). As técnicas pedagógicas são tácticas que se destinam a suscitar no formando um ou diversos comportamentos de aprendizagem, revelando-se como uma acção reflectida e metódica do formador (Ferro 2004, cit. Soares, 2008).

De acordo com o tipo de objectivos educacionais o método escolhido por excelência será o **Expositivo**, onde o formador organiza e expõe oralmente todos os conteúdos segundo a sua própria lógica, desenvolvendo todo o conteúdo, com uma determinada estruturação de raciocínio e respectivo resultado (Soares, 2008). Como um dos perigos deste tipo de método pedagógico é a distorção frequente da comunicação oral, serão lançadas algumas questões ao grupo alvo no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter um feedback positivo.

Naturalmente, dada a existência de múltiplas técnicas à disposição do formador, não faria sentido que apenas pudesse utilizar uma técnica com um método (Soares, 2008) Assim sendo as técnicas utilizadas nesta Acção de Educação para a Saúde, serão as **técnicas de exposição e demonstração**, uma vez que a adequação das técnicas a utilizar prende-se com os objectivos a atingir.

5. ORGANIZAÇÃO/ PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Esta actividade surgiu mediante a sugestão da Sr.^a Enf.^a Alexandra, em contexto de Saúde Escolar na UCC, após detecção da necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Escolas de Guifões.

As datas para a realização desta Acção de Educação para a Saúde serão dia 2 (pelas 16h), 14 e 16 de Junho de 2010(pelas 18h) na Escola de Guifões, aos educadores e pais respectivamente.

Os recursos utilizados na realização desta Acção de Educação para a Saúde, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ✓ Recursos Humanos: duas estudantes de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;
- ✓ Recursos Físicos: uma sala de aula;
- ✓ Recursos materiais: um computador portátil; um projector e materiais para higienização de cabelos.
- ✓ Recursos Financeiros: suportados pelas estudantes de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

5.1 Plano da Actividade

Formadores: Ana Guimarães e Marta Machado Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I Tema: Projecto da Pediculose Na Escola Duração: 20 minutos	Grupo destinatário: Educadoras (Assistentes Operacionais) e Pais Local: Escola de Guifões Data: 2/14/16 de Junho 2010. Hora: 16 horas e 18 horas
✓ Sensibilizar para a problemática da Pediculose; ✓ Desenvolver competências comunicacionais com diferentes audiências; ✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo; ✓ Realizar uma avaliação de aprendizagem nos grupos alvo; ✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Custóias, no âmbito da Pediculose;	✓ Desmistificar o conceito de Pediculose; ✓ Informar sobre os principais sinais e sintomas da Pediculose; ✓ Explicar as principais vias de transmissão da Pediculose; ✓ Instruir sobre medidas a adoptar para diagnosticar um caso de Pediculose; ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com a aplicação dos anti – parasitários; ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com o acondicionamento e higienização de roupas, brinquedos e outros objectos; ✓ Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate e erradicação da Pediculose;

FASES TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AValiação
INTRODUÇÃO (5 minutos)	Apresentação do conteúdo da Acção de Educação para a Saúde, da forma como irão ser ministrados os conteúdos e como será realizada a avaliação. Avaliação de Pré – Requisitos.	Método Expositivo Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	Pré-requisitos (diagnóstica)
DESENVOLVIMENTO (10 minutos)	Conceito de Pediculose. Sinais e sintomas. Diagnóstico e Transmissão. Produtos e Tratamento. Medidas Preventivas.	Método Expositivo Técnica da Exposição Técnica da Demonstração	Projectáveis: computador e projector. Material de higienização de cabelos.	
CONCLUSÃO (5 minutos)	Síntese das principais ideias. Avaliação da aprendizagem.	Método Expositivo Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	Sumativa: Prova Objectiva

6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Para cada actividade realizada é destinado um momento de avaliação. Só desta forma, podemos compreender a eficácia/sucesso da mesma.

A avaliação diagnóstica será realizada, no início da acção de educação para a saúde com um questionário avaliativo¹. Este mesmo questionário será igualmente realizado no final da sessão² com o intuito de comparar os resultados, permitindo deste modo verificar se os conhecimentos foram cimentados ou adquiridos e se os objectivos educacionais previamente enunciados foram ou não alcançados.

Desta forma definimos os seguintes **indicadores de avaliação**:

- ✓ $(\text{N}^\circ \text{ de respostas dadas correctamente ao questionário entregue no início da sessão} / \text{N}^\circ \text{ total de questões}) \times 100 = \% \text{ de respostas correctas para cada questão}$
- ✓ $(\text{N}^\circ \text{ de respostas dadas correctamente ao questionário entregue no final da sessão} / \text{N}^\circ \text{ total de questões}) \times 100 = \% \text{ de respostas correctas para cada questão}$
- ✓ $(\text{Total de Respostas Correctas (Avaliação Inicial)} / \text{Total de Respostas}) \times 100 = \text{Média de Respostas Correctas } (\%)$

¹ Ver Anexo I (Instrumento de Avaliação de Pré-Requisitos (Diagnóstico))

² Ver Anexo II (Instrumento de Avaliação Sumativa: Prova Objectiva)

$$\checkmark \quad (\text{Total de Respostas Correctas (Avaliação Final)} / \text{Total de Respostas}) \\ \times 100 = \text{Média de Respostas Correctas (\%)}$$

Actualmente entende-se que a avaliação da formação, consiste na mediação do nível de qualidade atingido por um processo formativo e, na atribuição de um juízo de valor relativo à sua aplicabilidade e adequação às pessoas, grupos e organizações em função da resolução das necessidades previamente detectadas (Falcão, 2008). Entre alguns modelos e teorias de avaliação, o modelo proposto por Kirkpatrick é o que mais consenso reúne, pela estrutura hierarquizada que apresenta e fácil aplicação dos níveis propostos (Falcão, 2008). Este modelo integra uma sequência lógica da intervenção avaliativa que se processa em quatro níveis de avaliação, que genericamente se apresentam da seguinte forma: **o nível I**, avalia a reacção dos participantes à formação; **o nível II**, avalia as aprendizagens efectuadas pelos formandos; **o nível III**, avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e **o nível IV**, avalia os resultados da formação (impacto/ganhos em saúde sensíveis a Cuidados de Enfermagem) (Cardoso, 2002). Como o Estágio do Módulo I se encontra limitado em 180h de exercício profissionalizante no domínio da Saúde Infantil, o nível III e IV não poderão ser realizados, dado exigirem muito tempo para a sua análise. No entanto o nível I e II, serão avaliados recorrendo a Instrumentos realizados previamente pelas alunas formadoras, com intuito de avaliar a Acção de Educação para a Saúde (distribuindo um questionário de satisfação pessoal ³) no final da sessão e, avaliar a aprendizagem dos formandos em dois momentos: no início (questionário de avaliação de conhecimentos/pré-requisitos sobre a temática) e no fim (questionário de avaliação sumativa, designado por prova objectiva).

O tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação (Cardoso, 2002). Assim sendo,

³ Ver Anexo III: Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde (Questionário de Satisfação Pessoal)



no final da Educação para a Saúde, será produzido um relatório que represente os dados obtidos na avaliação de nível I e nível II, para que se possam aferir algumas conclusões.

7. CONCLUSÃO

A realização do Planeamento da Acção de Educação para a Saúde permitiu a correcta organização e o estabelecimento de prioridades formativas, no sentido do cumprimento dos objectivos desejados.

As Acções de Educação para a Saúde assumem extrema importância na sensibilização dos grupos alvo para a problemática da Pediculose em meio escolar, visando o esclarecimento de pais e educadores sobre medidas preventivas, diagnósticas e de tratamento, desmistificando ainda falsas crenças sobre esta forma de parasitismo.

8. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Neira PE., et al. Utilidade do pente metálico com dentes microcanulados no diagnóstico da pediculose. *An Bras Dermatol*: 2009; 84(6):615-21.
- ✓ Catalá S., et al. *Pediculus capitis* infestation according to sex and social factors in Argentina. *Rev. Saúde Pública*: 2005; 39(3): 438-43.
- ✓ Motovali-Emami M., et al. Epidemiological aspects of *Pediculosis capitis* and treatment evaluation in primary-school children in Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*: 2008; 11(2): 260-64.
- ✓ Cunha PVS. Educação em Saúde: informação versus mudança de comportamento, estudo da pediculose sob o olhar da promoção da saúde do Programa Saúde na Escola. Rio Janeiro: 2006; 1-343.
- ✓ Soares A. Métodos e Técnicas Pedagógicas. ENA: 2008; 1-66.
- ✓ Ferro AM. O Método Expositivo. Colecção Formar Pedagogicamente: 2004; 24-45.
- ✓ Falcão A. Avaliação da Formação. ENA: 2008; 1-15.
- ✓ Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25



ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Avaliação de Pré-Requisitos (Diagnóstico)



**Projecto da
Pediculose**

- Na Escola -

**Avaliação
de Pré-requisitos**

Enf.^a Ana Guimarães | Enf.^a Marta Machado

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em



Sob Orientação | Enf.^a Alexandra Correia

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos**, ou seja, serve para uma **Avaliação Diagnóstica** de conhecimentos sobre a temática da Pediculose, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

Questões	Verdadeiro	Falso
1 – “ A Pediculose é uma doença, não comum na idade escolar”		
2 – “ Está associada à falta de higiene na criança”		
3 – “Um dos sintomas mais frequentes é a irritação do couro cabeludo”		
4 – “A pediculose não tem problemas associados”		
5 – “Crianças infestadas com piolhos podem partilhar pentes e escovas”		
6 –“ Para realizar o diagnóstico de pediculose pode-se utilizar qualquer tipo de pente”		
7 – “No tratamento da pediculose as roupas que não podem ser lavadas a quente devem ser fechadas num saco”		
8 – “ Um dos tratamentos da pediculose é o uso de vinagre ou água salgada”		
9 – “O Nix e o Quitoso podem ser aplicados em crianças com menos de seis meses”		
10 – “Não existem reacções secundárias do uso do Nix e do Quitoso”		



ANEXO II | Instrumento de Avaliação Sumativa (Prova Objectiva)



**Projecto da
Pediculose**
- Na Escola -
Avaliação
da Aprendizagem

Enf.^a Ana Guimarães | Enf.^a Marta Machado

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em 

Sob Orientação | Enf.^a Alexandra Correia

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação Sumativa: Prova Objectiva**, ou seja, serve para avaliar as aprendizagens efectuadas sobre a temática da Pediculose, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

Questões	Verdadeiro	Falso
1 – “A Pediculose é uma doença, não comum na idade escolar”		
2 – “Está associada à falta de higiene na criança”		
3 – “Um dos sintomas mais frequentes é a irritação do couro cabeludo”		
4 – “A pediculose não tem problemas associados”		
5 – “Crianças infestadas com piolhos podem partilhar pentes e escovas”		
6 – “Para realizar o diagnóstico de pediculose pode-se utilizar qualquer tipo de pente”		
7 – “No tratamento da pediculose as roupas que não podem ser lavadas a quente devem ser fechadas num saco”		
8 – “Um dos tratamentos da pediculose é o uso de vinagre ou água salgada”		
9 – “O Nix e o Quitoso podem ser aplicados em crianças com menos de seis meses”		
10 – “Não existem reacções secundárias do uso do Nix e do Quitoso”		



ANEXO III | Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde
(Questionário de Satisfação Pessoal)



**Projecto da
Pediculose**

- Na Escola -

**Avaliação da Acção
de Educação para a
Saúde**

**Enf.^a Ana Guimarães | Enf.^a Marta
Machado**

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em 

Sob Orientação | Enf.^a Alexandra

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde**, ou seja, **pretende aferir a grau de satisfação dos formandos relativamente à sessão**, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

1. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:		1	2	3	4	5	
1.1 O tema abordado foi:	Pouco Interessante						Muito Interessante
1.2 O tema abordado foi:	Pouco Aprofundado						Muito Aprofundado
1.3 O tema abordado teve:	Pouco Interesse						Muito Interesse
1.4 O tempo dedicado à exposição teórica foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.5 O tempo dedicado à exposição prática foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.6 A acção em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	Insuficiente						Excelente

2.. Relativamente ao desempenho das formadoras:		1	2	3	4	5	
2.1 Foram claras na apresentação do problema:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.2 Dominavam as matérias que abordaram:	Fraco Dominio						Óptimo dominio
2.3 Conseguiram motivar os formandos:	De forma Insuficiente						De forma Excelente
2.4 Foram claras nas intervenções realizadas:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.5 Incentivaram a participação dos formandos:	Fraco Incentivo						Forte Incentivo
2.6 Demonstraram interesse nas dificuldades dos formandos:	Fraco Interesse						Muito Interesse

3. Relativamente à organização da Acção, designadamente ao que toca a recursos de apoio mobilizados para a mesma:		1	2	3	4	5	
3.1 A qualidade e a adequação da documentação distribuída?	Muito Fraca						Muito Boa

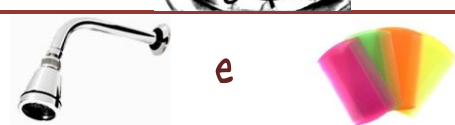
3.2 A qualidade e adequação das instalações e condições ambientais?	Muito Fracas						Muito Boas
3.3 A duração da acção?	Insuficiente						Mais que necessário
3.4 O horário da acção de formação?	Inadequado						Totalmente Adequado

Obrigada (o) pela sua participação!

ANEXO XIV|

FLYER INFORMATIVO SOBRE A CORRECTA UTILIZAÇÃO DO NIX E QUITOSO



Dias de Tratamento	Atitudes	
10		
	NIX	QUITOSO
		
		
	 Couro cabeludo Orelhas Nuca	
		
		
		
7º 10º	Repetir o Tratamento	



projecto da pediculose
- na Escola -



UCC Srª da Hora

 Roupa Criança	 Roupa Interior	 Lavar roupa a 60°	 Passar a Ferro a Roupa	 Lavatório	 Bonecos	 Pentes e Escovas	 Saco Fechado 15-30 dias
 Aplicar Espuma Quitoso	 Nix	 Tempo em minutos	 Enxaguar o cabelo. Água Corrente	 Secar com toalha	 Pente com Dentes Finos	 Secador	 Champô Neutro Normal

No caso de **Intoxicação** com Nix ou Quitoso

Ligue: 808 250 143

Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta Machado

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em



Sob Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

ANEXO XV|

RELATÓRIO ESTATÍSTICO DA AVALIAÇÃO DE PRÉ-REQUISITOS/ PROVA SUMATIVA E

SESSÃO – ***PROJECTO DA PEDICULOSE NA ESCOLA***



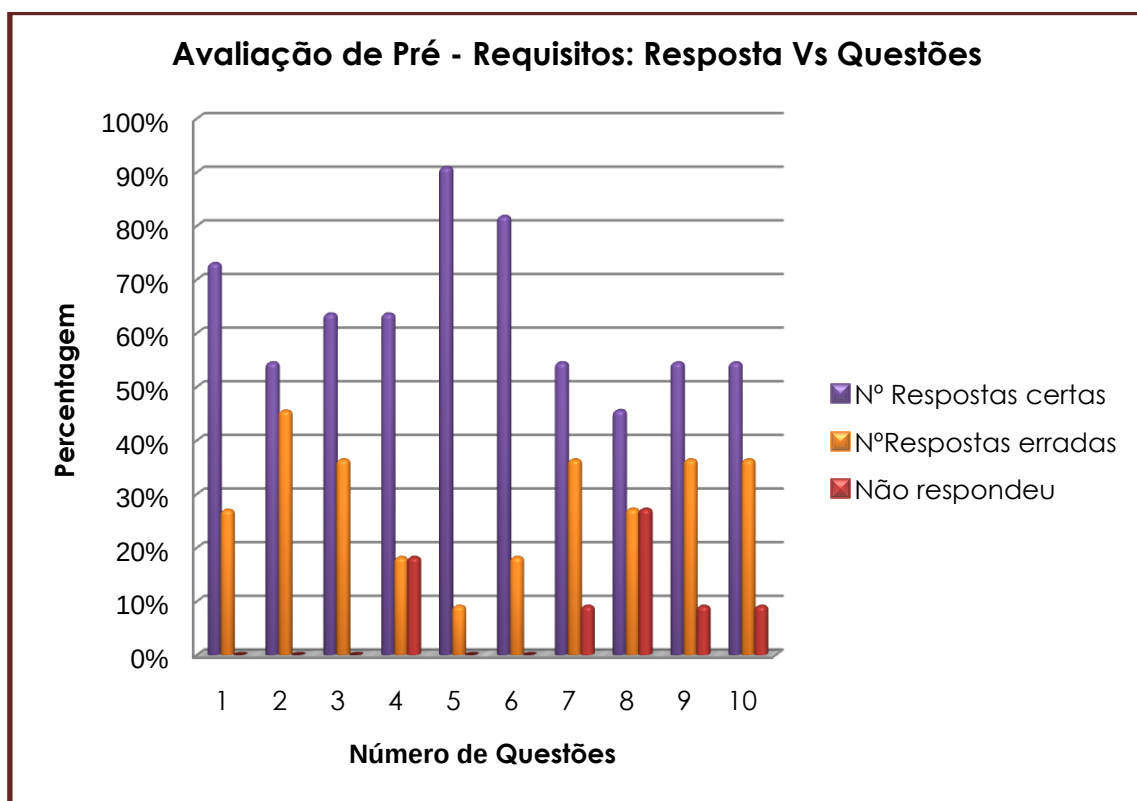
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E SUMATIVA DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE |

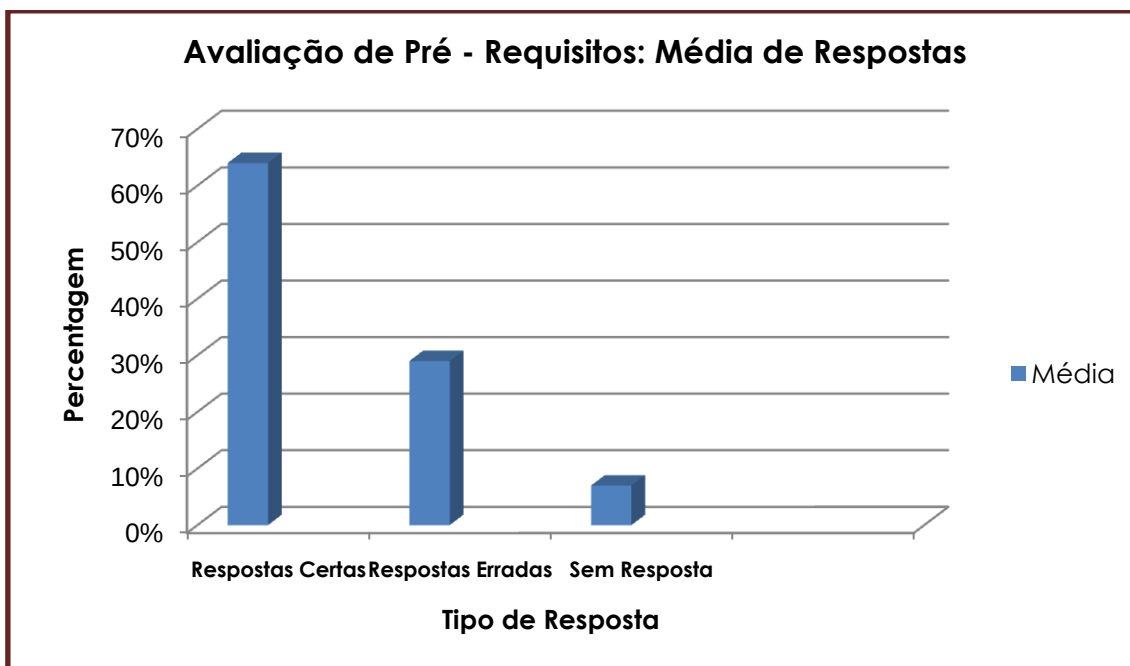
PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA

No contexto do processo contínuo de ensino-aprendizagem, a avaliação deve ser compreendida como um instrumento de diagnóstico, regulação e certificação. Assim, mais do que centrada nos produtos e na emissão de juízos de valor sobre o nível de conhecimentos que um determinado formando demonstra sobre os conteúdos e temas abordados ao longo da formação, a avaliação preocupa-se também com os processos, com os diferentes domínios de saber, assumindo um sentido mais amplo que integra diversas informações sobre os diferentes intervenientes e o próprio processo formativo (Brandão, 2008). Independentemente do tipo de avaliação pretendida, visa a diferenciação de sujeitos na construção de um conjunto de saberes no processo formativo, face a outros elementos ou perante objectivos definidos. De acordo com o Nível II do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação das aprendizagens realizadas pelos formandos, foi construído um Instrumento de Avaliação com esse propósito (Cardoso, 2002). Na construção do Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos (avaliação diagnóstica: que permite conhecer as competências e conhecimentos dos formandos previamente à formação) e Prova Objectiva (avaliação sumativa: que permite verificar se o processo de aprendizagem foi efectivo) foi considerado o exercício de “Verdadeiro ou Falso”, também designado por Respostas Alternativas ou Dicotómicas, dadas as suas vantagens, como: serem claramente mais fáceis de construir do que os de escolha múltipla, terem a capacidade de identificação de conceitos muito precisos ou de discriminação entre o correcto e incorrecto, permitirem a avaliação de um determinado número de conteúdos em pouco tempo, resposta rápida por parte dos participantes e correcção e cotação muito céleres. Na construção do Instrumento de Avaliação foram também consideradas as desvantagens do “Verdadeiro e Falso”, como só permitirem avaliar conteúdos no domínio da memorização e compreensão (quando a Acção de Educação para a Saúde

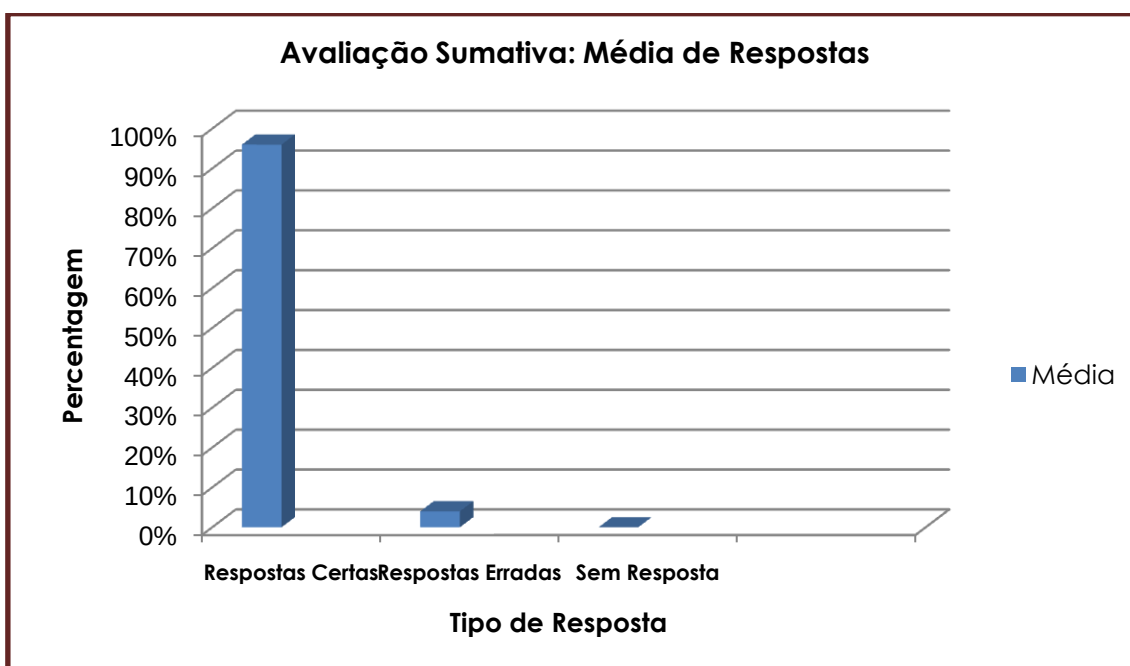
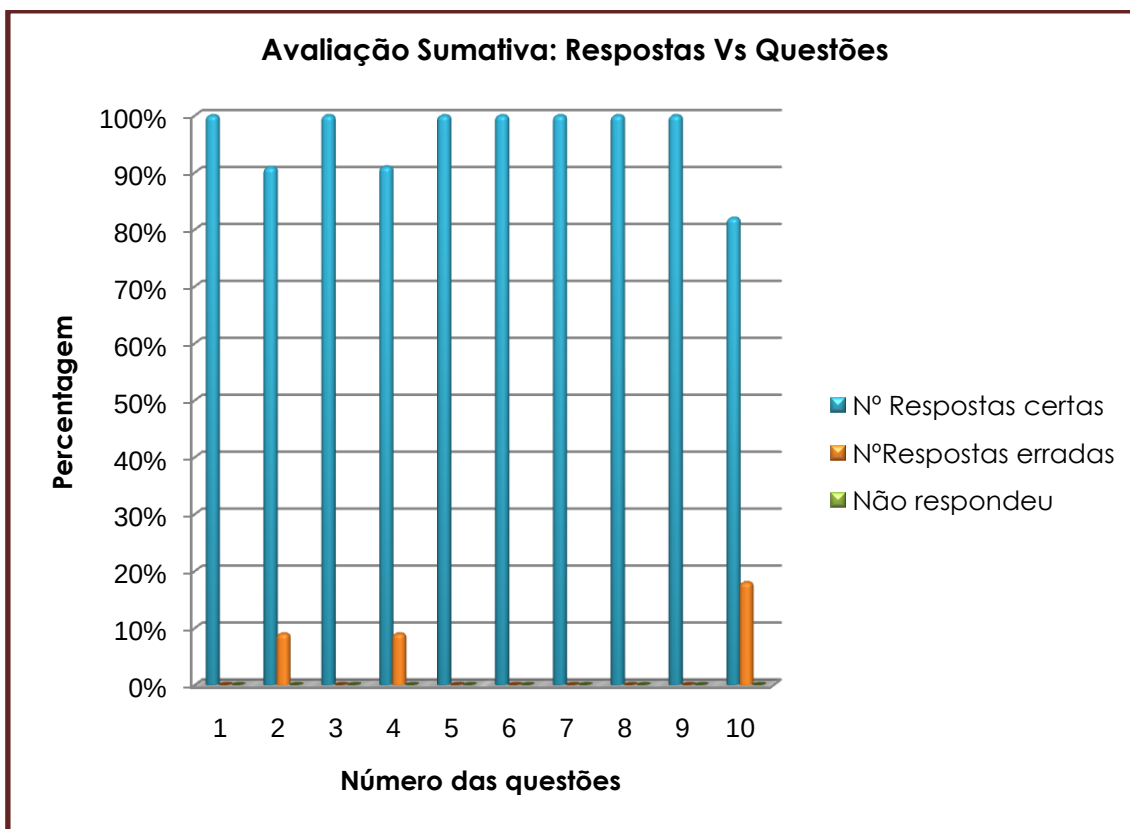
compreende uma fracção prática) e a alta probabilidade (50%) de o formando indicar a resposta correcta ao acaso (Brandão, 2008).

No Instrumento de Avaliação Diagnóstica e Prova Sumativa construído, o indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conhecimentos prévios à formação e nos conteúdos programáticos abordados, onde mediante o Teste de Selecção pre-definido (de resposta fechada), classificavam as questões como verdadeiras ou falsas. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráfico seguintes podem ser ilustrativos dos conhecimentos e competências dos participantes face a este indicador:





De acordo com os dados expressos graficamente, facilmente se pode concluir que a média de respostas correctas equivalente a 64% do universo da amostra, representa um avultado grau de conhecimentos prévios à formação no domínio da Pediculose. Registam-se um maior número de respostas correctas nas questões 1, 5 e 6, com 73%, 91% e 82% respectivamente, equivalentes a conhecimentos relativos à prevalência, prevenção e diagnóstico de casos. No que respeita ao domínio das respostas erradas, estas representam 29% do total de respostas, acentuando-se a falta de conhecimentos dos participantes a nível da questão 2, espelhando a existência de falsas crenças sobre a Pediculose, como o facto de estar associada a falta de higiene. As questões 3, 7, 9 e 10 apresentaram o mesmo nível de insucesso com 36,40% de respostas erradas, relativas a sintomas, acondicionamento de roupas de crianças infestadas com pediculose e o seu tratamento com anti-parasitários. Cerca de 7% do universo da amostra absteve-se de responder a algumas questões, anunciando uma maior percentagem a questão 8 com 27,70%, relativa a uma falsa crença sobre o tratamento caseiro da pediculose com vinagre e água salgada, ao qual na mesma percentagem se registaram respostas erradas.



De acordo com os dados expressos graficamente, regista-se um aumento a nível dos conhecimentos adquiridos sobre a problemática da Pediculose após a formação de 32%, ou seja, dos 64% iniciais para os 96% finais. Apesar do

consideravel aumento das respostas correctas, nas questões 2, 4 e 10, ainda se registaram algumas respostas erradas no que respeita aos dominios das falsas crenças, dos problemas associados e reacções secundárias dos anti-parasitários.

.....

*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

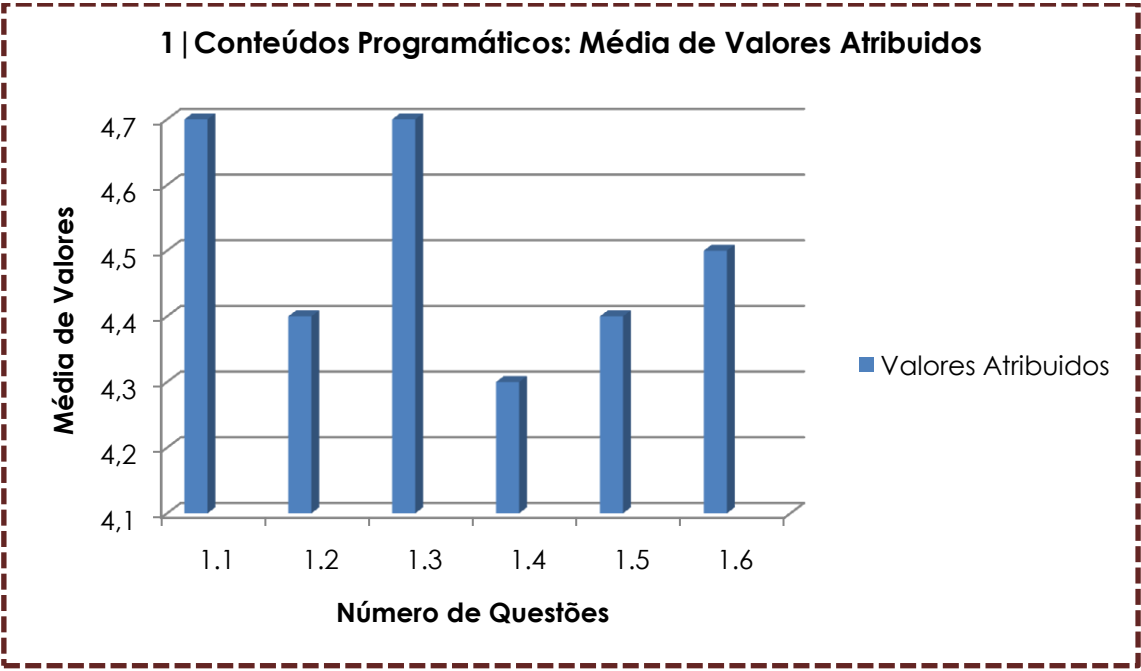
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE |

PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA

De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi construído um Instrumento com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

Na construção do Instrumento foram privilegiados alguns indicadores que se pretendiam avaliar como o conteúdo programático abordado na Sessão, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, na construção do Instrumento recorreu-se à numérica, variando num intervalo de 1 a 5, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde ao polo negativo e o nível 5 ao mais positivo.

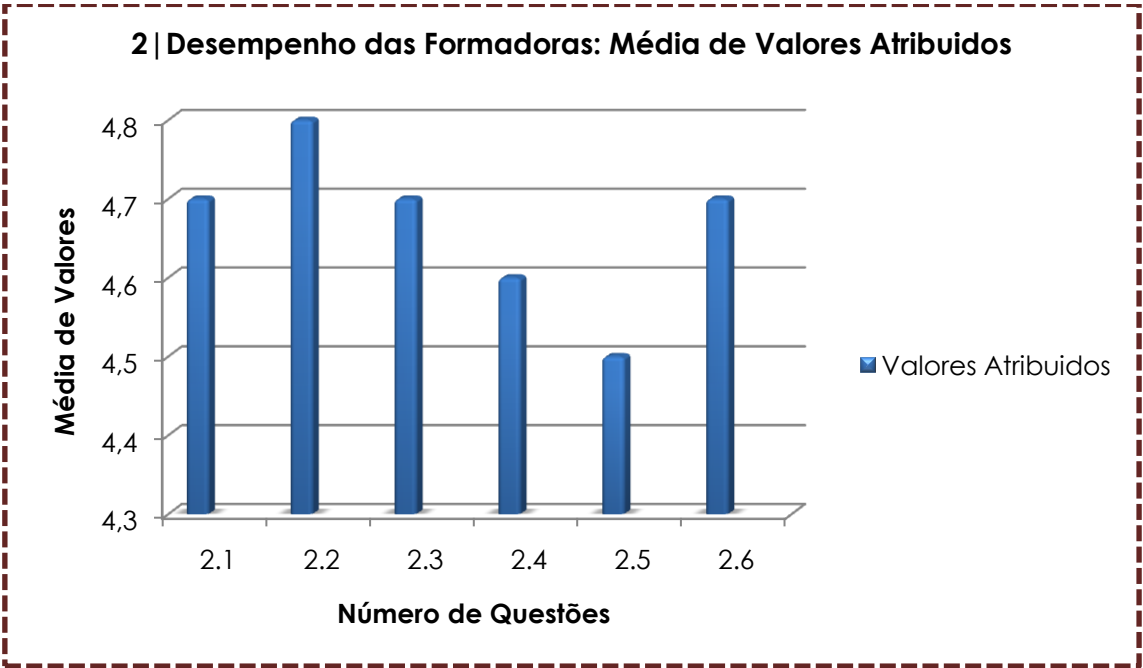
No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o primeiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conteúdos programáticos abordados, onde mediante a escala numérica classificavam o interesse e aprofundamento do tema, o tempo dedicado à exposição teórica e prática bem como a sua pertinência no que respeita à aquisição de novos conhecimentos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



Questão 1.1			Questão 1.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	1	3	9%
8	5	72,7%	5	4	45,5%
			5	5	45,5%
Questão 1.3			Questão 1.4		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	1	3	9,1%
8	5	72,7%	6	4	54,5%
			4	5	36,4%
Questão 1.5			Questão 1.6		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	9,1%	1	3	9,1%
5	4	45,5%	4	4	36,4%
5	5	45,5%	6	5	54,5%

De acordo com os dados expressos graficamente e na forma tabelar, pode concluir-se que 8 em 11 Educadoras classificaram a Sessão como “Muito Interessante: 5” (equivalentes às questões 1.1 e 1.3) representando cerca de 72,7 % do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o grau de aprofundamento do tema (questão 1.2) entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Muito Aprofundado” e “Aprofundado” respectivamente, representando cerca de 90,1% do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o tempo dedicado à exposição teórica e prática (questão 1.4 e 1.5) entre “Necessário” e “Mais que Necessário”, ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 90,9% do universo da amostra e 10 em 11 Educadoras classificaram a acção em termos de aquisição de novos conhecimentos, entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Excelente” e “Muito Boa”, representando 90,9% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o segundo indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da satisfação pessoal com o desempenho das formadoras, onde mediante a escala numérica classificavam a clareza na apresentação da problemática e nas intervenções realizadas, o domínio das matérias abordadas, a motivação, o incentivo à participação e o interesse nas dificuldades dos formandos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



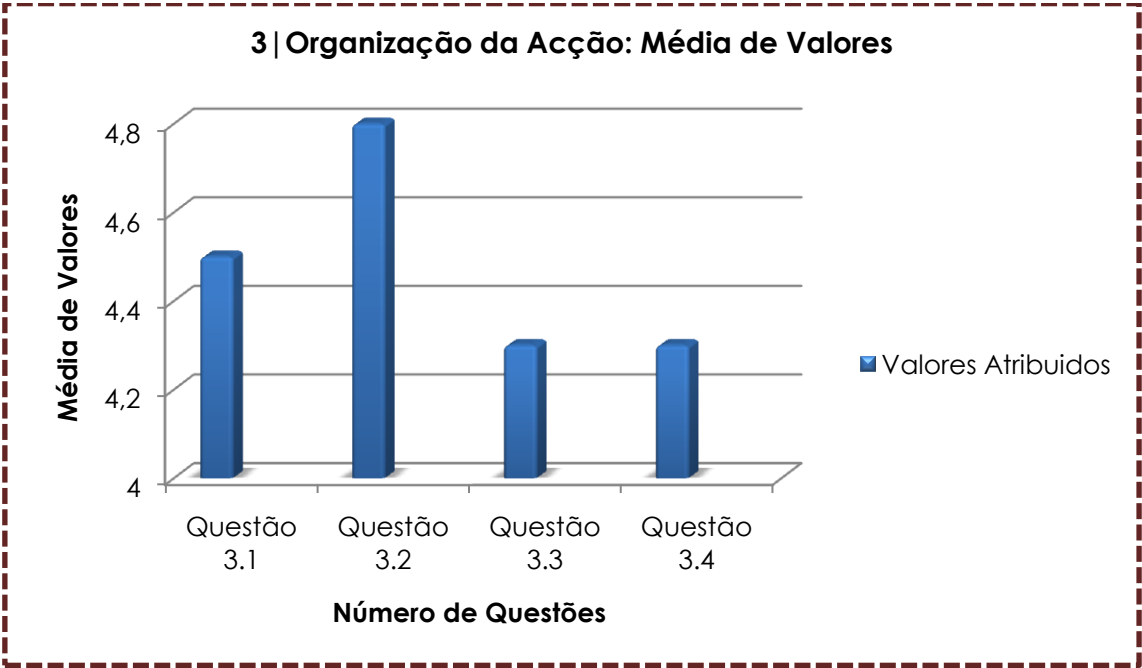
Questão 2.1			Questão 2.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	2	4	18,2%
8	5	72,7%	9	5	81,8%
Questão 2.3			Questão 2.4		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	4	4	36,4%

8	5	72,7%	7	5	63,6%
Questão 2.5			Questão 2.6		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	9,1%	1	3	9,1%
4	4	36,4%	1	4	9,1%
6	5	54,5%	9	5	81,8%

De acordo com os dados supracitados de forma gráfica e tabelar, pode concluir-se que 8 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como "Totalmente Claras" (equivalente à questão 2.1), representando cerca de 72,7% do universo da amostra; 9 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como tendo "Óptimo Dominio" sobre as matérias leccionadas (equivalente à questão 2.2), ou seja, maioritariamente classificadas com 5 valores, correspondendo a 81,8% do universo da amostra; 8 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como "Excelentes" motivadoras (equivalente à questão 2.3), ou seja, maioritariamente com 5 valores; 7 em 11 Educadoras classificaram como "Totalmente Claras" as intervenções realizadas pelas formadoras (equivalente à questão 2.4), correspondendo a 63,6% do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o incentivo à participação dos formandos por parte das formadoras como "Forte" e "Bom", variando assim entre 4 e 5 valores na escala numérica (equivalente à questão 2.5), correspondendo a 90,9% do universo da amostra e, 9 em 11 Educadoras, classificaram as formadoras como "Muito Interessadas" nas dificuldades dos formandos (equivalente à questão 2.6), ou seja, com 5 valores, correspondendo a 81,8% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o terceiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da organização da Acção relativamente a recursos de apoio mobilizados, onde mediante a escala numérica classificavam a qualidade e adequação da documentação distribuída e das instalações e condições ambientais, a duração e o horário da acção de formação. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o

gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



Questão 3.1			Questão 3.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	9,1%	1	3	9,1%
4	4	36,4%	10	5	90,9%
6	5	54,5%			
Questão 3.3			Questão 3.4		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	3	27,3%	1	2	9,1%
2	4	18,2%	2	3	18,2%
6	5	54,5%	4	4	36,4%
			4	5	36,4%

De acordo com os dados acima expostos, 10 Educadoras em 11 classificaram a qualidade e a adequação da documentação distribuída (equivalente à questão 3.1) como “Muito Boa” e “Boa”, ou seja, entre 4 e 5 valores na escala numérica, correspondendo a 54,5% e 36,4% respectivamente, no universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram a qualidade e adequação das instalações e condições ambientais como “Muito Boas” (equivalente à questão 3.2), correspondendo a 5 valores e a 90,9% do universo da amostra; 8 em 11 Educadoras classificaram a duração da Acção como “Necessário” e “Mais que Necessário” (equivalente à questão 3.3), correspondendo a 4 e 5 valores, ou seja, a 18,2% e 54,5% respectivamente, do universo da amostra e 8 em 11 Educadoras classificaram igualmente o horário da sessão como “Totalmente Adequado” e “Adequado” (equivalente à questão 3.4), ou seja, com 4 e 5 valores, correspondendo a 36,4% do universo da amostra, respectivamente.

.....

*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

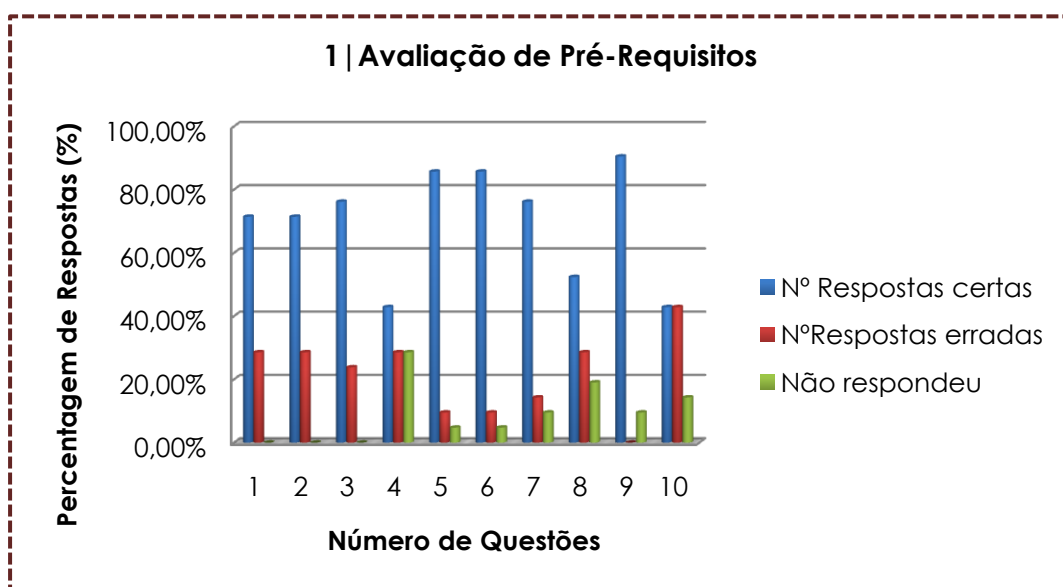
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E SUMATIVA DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE |

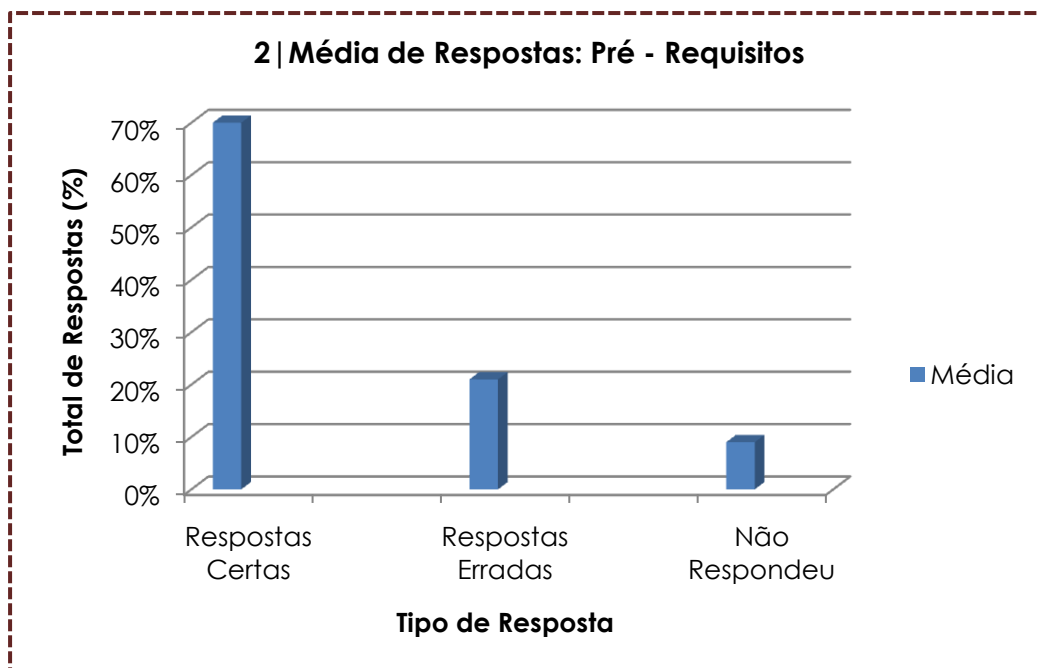
PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA

No contexto do processo contínuo de ensino-aprendizagem, a avaliação deve ser compreendida como um instrumento de diagnóstico, regulação e certificação. Assim, mais do que centrada nos produtos e na emissão de juízos de valor sobre o nível de conhecimentos que um determinado formando demonstra sobre os conteúdos e temas abordados ao longo da formação, a avaliação preocupa-se também com os processos, com os diferentes domínios de saber, assumindo um sentido mais amplo que integra diversas informações sobre os diferentes intervenientes e o próprio processo formativo (Brandão, 2008). Independentemente do tipo de avaliação pretendida, visa a diferenciação de sujeitos na construção de um conjunto de saberes no processo formativo, face a outros elementos ou perante objectivos definidos. De acordo com o Nível II do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação das aprendizagens realizadas pelos formandos, foi construído um Instrumento de Avaliação com esse propósito (Cardoso, 2002). Na construção do Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos (avaliação diagnóstica: que permite conhecer as competências e conhecimentos dos formandos previamente à formação) e Prova Objectiva (avaliação sumativa: que permite verificar se o processo de aprendizagem foi efectivo) foi considerado o exercício de “Verdadeiro ou Falso”, também designado por Respostas Alternativas ou Dicotómicas, dadas as suas vantagens, como: serem claramente mais fáceis de construir do que os de escolha múltipla, terem a capacidade de identificação de conceitos muito precisos ou de discriminação entre o correcto e incorrecto, permitirem a avaliação de um determinado número de conteúdos em pouco tempo, resposta rápida por parte dos participantes e correcção e cotação muito céleres. Na construção do Instrumento de Avaliação foram também consideradas as desvantagens

do “Verdadeiro e Falso”, como só permitirem avaliar conteúdos no domínio da memorização e compreensão (quando a Acção de Educação para a Saúde compreende uma fracção prática) e a alta probabilidade (50%) de o formando indicar a resposta correcta ao acaso (Brandão, 2008).

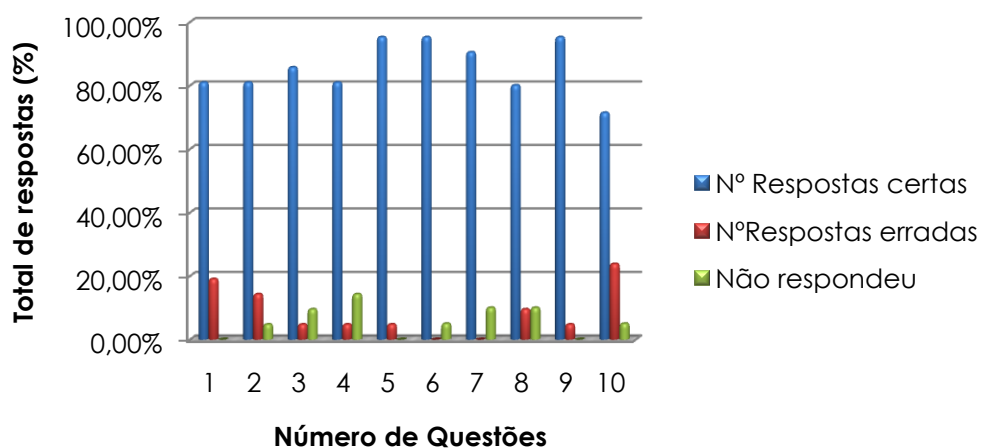
No Instrumento de Avaliação Diagnóstica e Prova Sumativa construído, o indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conhecimentos prévios à formação e nos conteúdos programáticos abordados, onde mediante o Teste de Selecção pre-definido (de resposta fechada), classificavam as questões como verdadeiras ou falsas. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráfico seguintes podem ser ilustrativos dos conhecimentos e competências dos participantes face a este indicador:



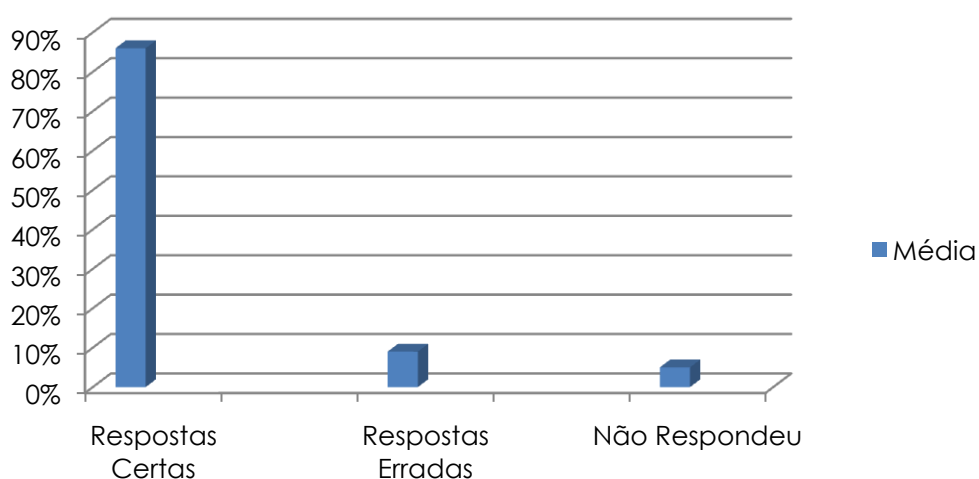


De acordo com os dados expressos graficamente, facilmente se pode concluir que a média de respostas correctas equivalente a 70% do universo da amostra, representa um avultado grau de conhecimentos prévios à formação no domínio da Pediculose. Registam-se um maior número de respostas correctas nas questões 5, 6 e 9 com 85,7% (questão 5 e 6) e 90,5% respectivamente, equivalentes a conhecimentos relativos à prevenção, diagnóstico e tratamento de casos. No que respeita ao domínio das respostas erradas, estas representam 21% do total de respostas, acentuando-se a falta de conhecimentos dos participantes a nível da questão 10 (42,8%), sobre as reacções secundárias dos anti-parasitários. As questões 1, 2 e 4 apresentaram o mesmo nível de insucesso com 28,6% de respostas erradas, relativas à prevalência, falsas crenças e problemas associados à pediculose. Cerca de 9% do universo da amostra absteve-se de responder a algumas questões, anunciando uma maior percentagem a questão 4 com 28,70%, relativa aos problemas associados da pediculose, ao qual na mesma percentagem se registaram respostas erradas.

3 | Avaliação de Prova Objectiva



4 | Média de Respostas: Prova Objectiva



De acordo com os dados expressos graficamente, regista-se um aumento a nível dos conhecimentos adquiridos sobre a problemática da Pediculose após a formação de 16%, ou seja, dos 70% iniciais para os 86% finais. Apesar do considerável aumento das respostas correctas, nas questões 1, 2 e 10, ainda se registaram algumas respostas erradas, na média de 9% e onde 5% se abstiveram de responder, no que respeita aos domínios da prevalência, falsas crenças e reacções secundárias dos anti-parasitários.

*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE |

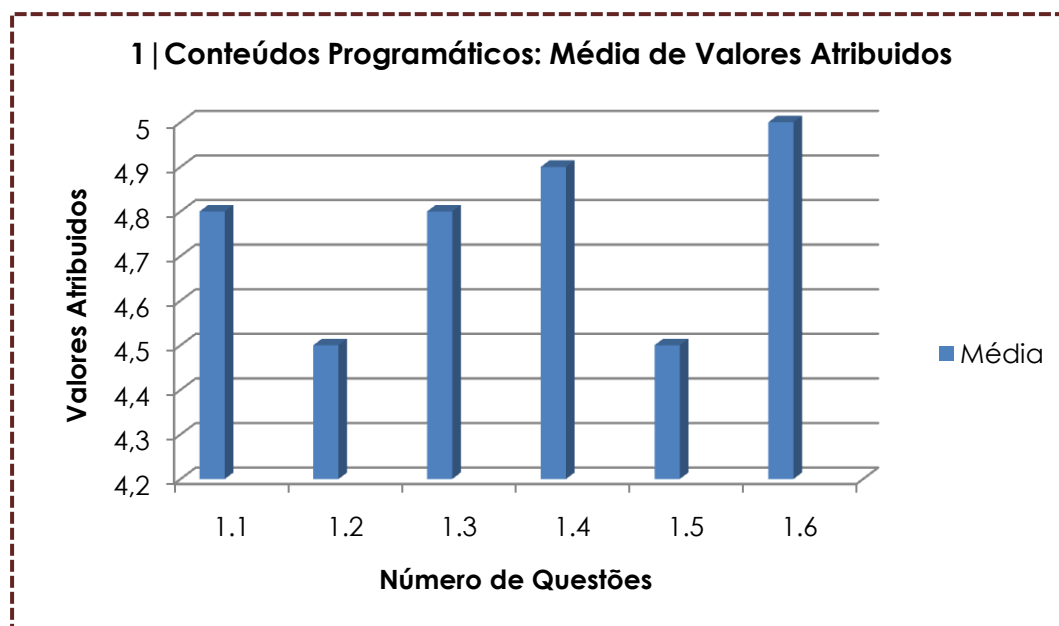
PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA

De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi construído um Instrumento com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

Na construção do Instrumento foram privilegiados alguns indicadores que se pretendiam avaliar como o conteúdo programático abordado na Sessão, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, na construção do Instrumento recorreu-se à numérica, variando num intervalo de 1 a 5, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde ao polo negativo e o nível 5 ao mais positivo.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o primeiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conteúdos programáticos abordados, onde mediante a escala numérica classificavam o interesse e aprofundamento do tema, o tempo dedicado à exposição teórica e prática bem como a sua pertinência no que respeita à aquisição de novos conhecimentos. Assim sendo e, de

acordo com os dados recolhidos, o gráfico seguinte pode ser ilustrativo da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados expressos graficamente pode concluir-se que 20 em 21 pais classificaram a Sessão como “Muito Interessante: 5” (equivalentes às questões 1.1 e 1.3) representando cerca de 95,2% do universo da amostra; 19 em 21 pais classificaram o grau de aprofundamento do tema (questão 1.2) entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Muito Aprofundado” e “Aprofundado” respectivamente, representando cerca de 90% do universo da amostra; 20 em 21 pais classificaram o tempo dedicado à exposição teórica e prática (questão 1.4 e 1.5) entre “Necessário” e “Mais que Necessário”, ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 95,2% do universo da amostra e a totalidade dos pais classificaram a acção em termos de aquisição de novos conhecimentos (questão 1.6), em 5 valores, ou seja “Excelente”, representando 100% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o segundo indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da satisfação pessoal com o desempenho das formadoras, onde mediante a escala numérica classificavam a clareza na apresentação da problemática e nas intervenções realizadas, o domínio das matérias abordadas, a motivação, o incentivo à participação e o interesse nas

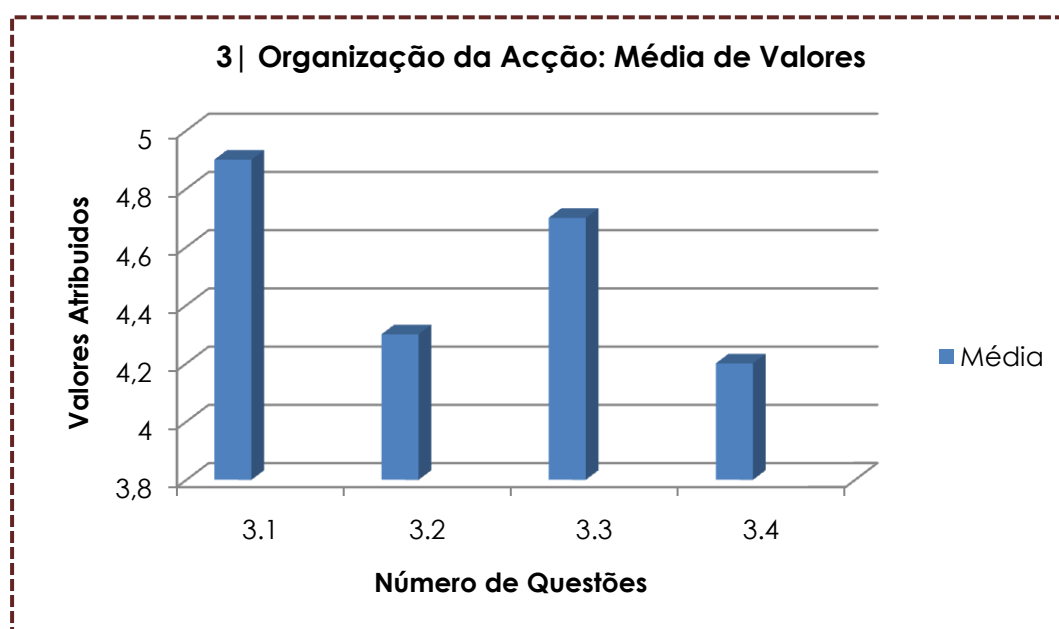
dificuldades dos formandos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados supracitados de forma gráfica, pode concluir-se que a totalidade dos pais classificaram as formadoras como “Totalmente Claras” (equivalente à questão 2.1), representando cerca de 100% do universo da amostra; cerca de 21 pais classificaram as formadoras como tendo “Ótimo Domínio” sobre as matérias leccionadas (equivalente à questão 2.2), ou seja, maioritariamente classificadas com 5 valores, correspondendo a aproximadamente 100% do universo da amostra; 20 em 21 Educadoras classificaram as formadoras como “Excelentes” motivadoras (equivalente à questão 2.3), ou seja, maioritariamente com 5 valores; 19 em 21 pais classificaram como “Totalmente Claras” as intervenções realizadas pelas formadoras (equivalente à questão 2.4), correspondendo a 90,5% do universo da amostra; 18 em 21 pais classificaram o incentivo à participação dos formandos por parte das formadoras como “Forte” e “Bom”, variando assim entre 4 e 5 valores na escala numérica (equivalente à questão 2.5), correspondendo a 86% do universo da amostra e, 19 em 21 pais, classificaram as formadoras como “Muito Interessadas” nas dificuldades

dos formandos (equivalente à questão 2.6), ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 90,1% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o terceiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da organização da Acção relativamente a recursos de apoio mobilizados, onde mediante a escala numérica classificavam a qualidade e adequação da documentação distribuída e das instalações e condições ambientais, a duração e o horário da acção de formação. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados acima expostos, aproximadamente todos os pais classificaram a qualidade e a adequação da documentação distribuída (equivalente à questão 3.1) como “Muito Boa” e “Boa”, ou seja, entre 4 e 5 valores na escala numérica, correspondendo a aproximadamente 100% da amostra; 18 em 21 pais classificaram a qualidade e adequação das instalações e condições ambientais como “Muito Boas” e “Boas” (equivalente à questão 3.2), correspondendo a 4 e 5 valores e a 86% do universo da amostra; 20 em 21 pais classificaram a duração da Acção como “Necessário” e “Mais que Necessário” (equivalente à questão 3.3), correspondendo a 4 e 5 valores, ou seja, a

95,2% do universo da amostra e 18 em 21 pais classificaram igualmente o horário da sessão como “Totalmente Adequado” e “Adequado” (equivalente à questão 3.4), ou seja, com 4 e 5 valores, correspondendo a 86% do universo da amostra.

.....

*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

ANEXO XVI|

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DO SUP - HSJ



:: Caracterização do Contexto de Estágio: SUP| HSJ

.....

A Urgência Pediátrica do Porto está centralizada no Hospital de S. João e é referência de toda a assistência pediátrica urgente da zona Norte do País. É objectivo da Urgência Pediátrica do Porto tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos de idade, com doença aguda que ocorrem ao SU. O acesso é global, directo e referenciado, sendo desejável a observação prévia das crianças e adolescentes pelo seu médico assistente, exceptuando os casos de doença súbita ou violenta. **O SU de Pediatria do HSJ está organizado nas seguintes áreas:**

:: Área de admissão e recepção

:: Área de triagem: após a admissão, o doente, acompanhado por familiar, entra para a zona de triagem para ser atendido por um médico especialista. Existem 6 gabinetes médicos, sendo um dos quais destinado para as pequenas cirurgias.

:: Área de OBS: espaço para atendimento de crianças e adolescentes que necessitam de vigilância e/ou tratamento com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta. Esta área está equipada com 10 camas e equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo.

:: Área de emergência pediátrica: constituída por uma Sala de Emergência, faz-se a recepção, avaliação e estabilização inicial das crianças e adolescentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

Para além destas áreas funcionais, existem uma sala de espera para o doente e respectivo acompanhante e um posto da PSP.

.....

ANEXO XVII|

CRIANÇAS ASSISTIDAS NA **TRIAGEM**



Nº Crianças Triadas	Idade da Criança	Diagnóstico
1	9m	Queda
2	5a	Dor Abdominal
3	15a	Febre
4	11a	Vômitos Incoercíveis
5	7a	Edema da Hemiface Dt ^a
6	22m	Vômitos
7	3a	Dor Abdominal Leve
8	10m	Febre
9	7a	PLT Queda
10	7a	Dor Flanco Dto
11	15a	Lesão Desportiva Dor Torácica
12	3a	Invaginação Intestinal
13	10m	SDR
14	2a	Vômitos Persistentes
15	9m	Vômitos Persistentes
16	8 a	# MSD
17	17a	Cólica Renal
18	9a	#Úmero
19	15a	TSV
20	17a	Dor Torácica
21	7a	Dor Flanco Dto
22	17a	Abuso de Alcool Alt.Comportamento
23	10m	Vômitos Persistentes
24	18m	Acidente Viação PCR
25	4a	# Mão Direita
26	17m	Febre sem Foco
27	12m	SDR Moderado
28	11a	Apendicite

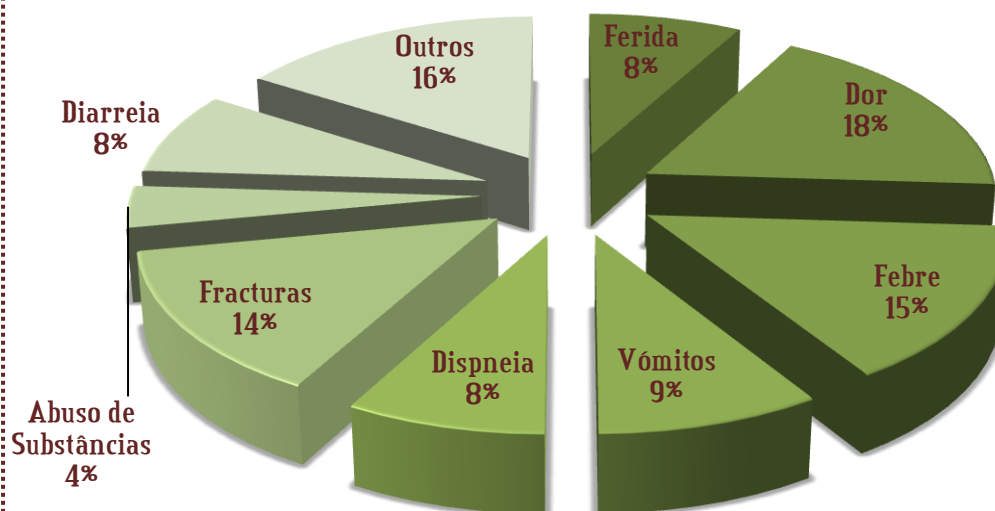
29	13 dias	Vômitos e Diarreia
30	16 anos	PLT Atropelamento Choque Hemorrágico
31	7a	Febre
32	5m	SDR Grave
33	17a	Intoxicação Etilica
34	24m	Diarreia Profusa
35	3m	Queda
36	8a	# de Membro Superior Direito
37	4dias	Choro Inconsolável
38	12m	Vômitos Incoercíveis
39	5a	Queda
40	10a	Febre Persistente
41	7a	Febre Persistente
42	22m	Vômitos e Diarreia
43	23dias	Rinorreia e Febre
44	14m	Febre Moderada
45	4dias	Engasgamento
46	7m	Erupção Cutânea
47	11m	SDR Ligeiro
48	17a	Abuso de Drogas
49	15m	Vômitos Incoercíveis
50	24m	Diarreia

ANEXO XVIII|

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM - **TRIAGEM**



Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem - Triage

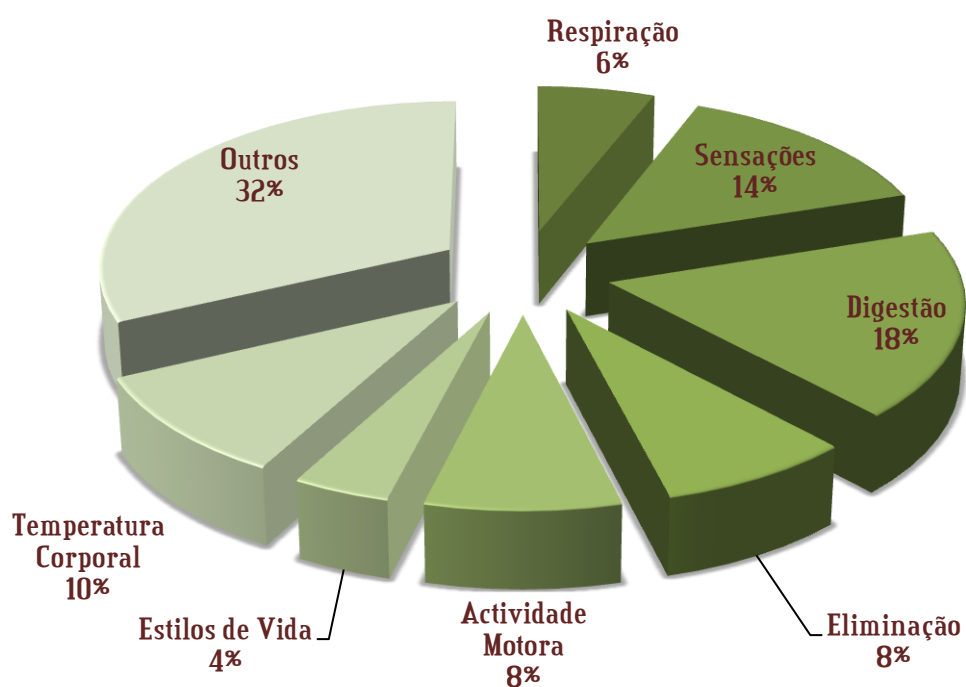


ANEXO XIX|

FENÓMENOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES NAS CRIANÇAS TRIADAS NO **SUP**



Fenómenos de Enfermagem mais Frequentes - Triagem



ANEXO XX|

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NEONATOLOGIA - MJD



:: Caracterização do Contexto de Estágio: **UCIN| CHP.MJD**

A Maternidade Júlio Dinis é uma referência na História da Assistência Materno Infantil no Porto e no Norte. A UCIN desta instituição, é a segunda a nível nacional, com o maior número de internamentos de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso à nascença, contemplando uma área de cuidados especiais (UCEN) permitindo às crianças permanecer na icubadora ou passar a berço. Os enormes avanços na área dos Cuidados Intensivos Neonatais têm permitido a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos e doentes; no entanto a preocupação foca-se agora, no futuro e qualidade de vida a médio/ longo prazo destas crianças, que apresentam um risco grande de alterações de desenvolvimento. Também o rastreio e diagnóstico de recém-nascidos com suspeita de doença cardíaca congénita, é fundamental que seja feito precocemente, evitando transportes desnecessários e possibilitando informação imediata aos pais. A ecografia é o exame de eleição por ser inócuo e repetível. Os avanços na tecnologia melhoraram de tal maneira a qualidade da imagem, que é possível o diagnóstico da maior parte das lesões cerebrais quer em recém-nascidos prematuros, quer nos de termo, assim como o rastreio e diagnóstico de cardiopatia congénita.

ANEXO XXI|

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

DO **INTERNAMENTO DA PEDIATRIA B - HSJ**



É objectivo do **Serviço de Pediatria B do HSJ no Porto**, tratar com qualidade e eficiência todas as crianças até os **18** meses de idade, com doença aguda ou crónica agudizada que ocorrem ao Serviço de Urgência, provenientes do serviço de Neonatologia ou de outra Instituição, num processo de transferência inter e intra-hospitalar. É constituído por uma equipa multidisciplinar (médicos pediatras, enfermeiros generalistas e especialistas, auxiliares de acção médica, pedopsiquiatras, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, terapeutas da fala, educadoras e voluntários), organizando-se fisicamente em:

- :: Cinco enfermarias (total de 30 berços/camas)
- :: Dois quartos de isolamento
- :: Uma copa de leites
- :: Uma sala de tratamentos diferenciados
- :: Uma sala de trabalho de Enfermagem
- :: Duas salas de trabalho médico
- :: Dois gabinetes de Chefia de Serviço (Sr.^a Enfermeira Chefe e Director Clínico)
- :: WC de serviço para os profissionais, sendo o dos pais comum a todos os serviços de Pediatria.

Para além destas áreas funcionais, existe uma sala de arrumação de material e outra de desinfeção de materiais.

ANEXO XXII|

CRIANÇAS ASSISTIDAS NO SERVIÇO DE **NEONATOLOGIA**



Crianças Assistidas	Tempo de Vida	Diagnóstico	Grupo Patológico
1	25 Semanas + 2 Dias de Vida	RCIU	Prematuridade
2	30 Semanas + 1 Dia de Vida	RCIU + SAM	Prematuridade Respiratório Infeccioso
3	26 Semanas + 3 Dias de Vida	RCIU + NEC + Peritonite	Prematuridade Gastrintestinal Infeccioso
4	37 Semanas + 1 Dia de Vida	Gemido . SDR	Respiratório
5	36 Semanas + 2 Dias de Vida	Gemido . SDR	Respiratório
6	27 Semanas + 1 Dia de Vida	RCIU + Pneumonia Associada á Ventilação	Prematuridade Respiratório Infeccioso
7	27 Semanas + 1 Dia de Vida	RCIU + NEC	Prematuridade Gastrintestinal
8	28 Semanas + 4 Dias de Vida	RCIU + Hemorragia Cerebral	Prematuridade Cerebral
9	2 Meses	TSV	Cardiológico
10	1 Mês	Ectiose	Dermatológico
11	37 Semanas + 5 Dias de Vida	Edema de Membro Inferior	Ortopédico
12	2 Meses	Colangite	Gastrintestinal
13	36 Semanas	Gemido . SDR	Respiratório
14	36 Semanas	Icterícia	Hematológica
15	37 Semanas	Icterícia	Hematológica
16	32 Semanas	RCIU	Prematuridade
17	30 Semanas	RCIU	Prematuridade

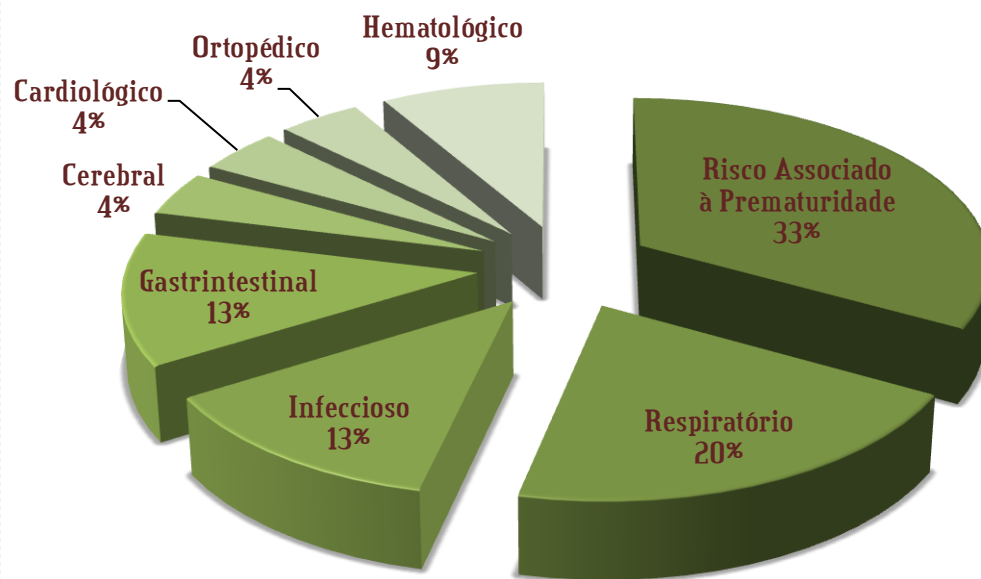
ANEXO XXIII|

GRUPOS DE PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES

NAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NO **SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**



Grupos de Patologias mais Frequentes nos Neonatos



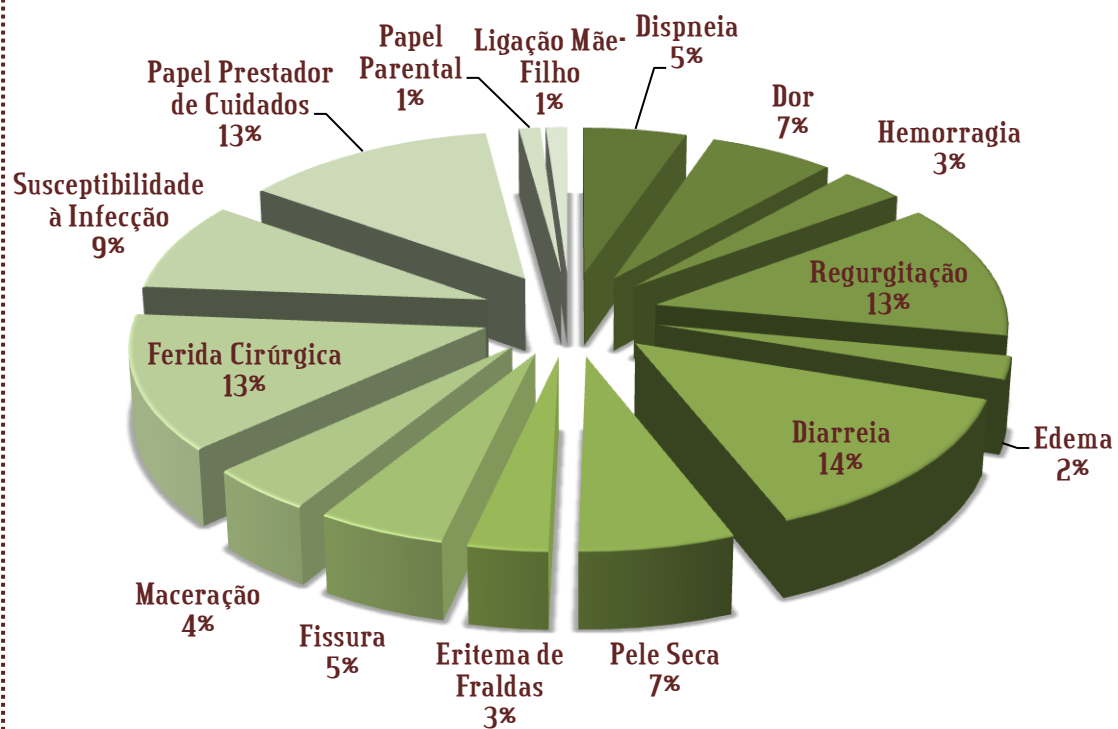
ANEXO XXIV|

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem



Total diferente de 100%

dada a coexistência de Focos da Prática num mesmo neonato.

ANEXO XXV|

CRIANÇAS ASSISTIDAS NO **INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**



N.º Crianças	Idade da Criança	Diagnóstico	Grupo de Patologias
1	2 meses	Infecção CMV Congénito	Infeccioso
2	15 dias	Mega Bexiga Microcolon Hipoperistaltismo Hidronefroze Bilateral	Gastrintestinal Renal
3	1 mês	Má Evolução Estatutoponderal	Indefinido
4	1 mês	Bronquiolite . VSR +	Respiratório
5	1 mês	Suspeita de ALTE	Cardiológico Respiratório
6	1 mês	Bronquiolite . VSR +	Respiratório
7	1 mês	Mielomeningocelo Hidrocefalia	SNC Neurológico
8	18 meses	Deglutição de Corpo Estranho Lesão Mediastínica	Cardiorácica
9	1 mês	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
10	1 mês	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
11	1 mês	Mastite Direita	Tegumentar
12	3 meses	Colestase Hepatomegalia	Metabólico
13	1 mês	Risco Infeccioso Malformação Congénita do Membro Inferior	Infeccioso Ortopédico Tegumentar
14	5 meses	Laringotraqueomalácia Pé Boto Bilateral Polimalformação Hidrocefalia Fenda Palatina Quisto Ovário	Respiratório Ortopédico Neurológico Gastrintestinal

15	4 dias	Risco Infeccioso	Infeccioso
16	18 dias	Mielomeningocelo	SNC
17	6 dias	Risco Infeccioso	Infeccioso
18	4 dias	Icterícia Isoimunização ABO	Hematológico
19	3 dias	Icterícia Isoimunização ABO	Hematológico
20	3 Dias	Icterícia Suspeita da Doença da Membrana do Glóbulo Rubro	Hematológico
21	5 dias	Icterícia Isoimunização ABO	Hematológico
22	1 mês	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
23	22 dias	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
24	1 mês	Má Evolução Estatutoponderal	Indefinido
25	2 meses	Tuberculose Disseminada	Infeccioso
26	14 dias	Suspeita de ALTE	Cardiológico Respiratório
27	15 dias	Síndrome de Intestino Curto	Gastrointestinal
28	15 dias	Má Evolução Estatutoponderal	Indefinido
29	1 mês	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
30	24 Dias	Má Evolução Estatutoponderal	Indefinido
31	3 dias	Risco Infeccioso	Infeccioso
32	12 meses	Exantema Alérgico Infectado	Tegumentar
33	7 meses	Crise Convulsiva	Neurológico
34	7 meses	Síndrome do Intestino Curto	Gastrointestinal
35	12 meses	Otomastoidite Direita	Aparelho Auditivo
36	8 meses	Dilatação Pielocalicial	Renal
37	3 dias	Icterícia	Hematológico
38	4 dias	Icterícia	Hematológico
39	4 dias	Icterícia	Hematológico
40	5 dias	Icterícia Isoimunização ABO	Hematológico

41	5 dias	Icterícia	Hematológico
42	12 meses	Exantema Agudo	Tegumentar
43	22 meses	Febre (CVC)	Febre
44	1 mês	Mielomeningocele	SNC
45	2 meses	Atrésia Pulmonar CIV	Cardiológico
46	3 meses	Recusa Alimentar CIV	Cardiológico
47	1 mes	Síndrome do Íleo Pulmonar Estenose Supra-ventricular Aórtica Pielonefrite	Cardiológico Renal
48	7 meses	Síndrome de Dravet	Neurológico
49	17 meses	Síndrome de Otahara Síndrome Mioclónico Precoce	Neurológico
50	7 meses	Cardiopatia Complexa	Cardiológico
51	7 dias	Risco Infeccioso	Infeccioso
52	5 dias	Icterícia	Hematológico
53	25 dias	Má Evolução Estatutoponderal	Indefinido
54	19 meses	Diabetes Inaugural Descompensada	Metabólico
55	5 dias	Icterícia	Hematológico
56	4 dias	Icterícia	Hematológico
57	3 dias	Icterícia	Hematológico
58	1 mês	TCE	Neurológico
59	7 dias	Risco Infeccioso Icterícia	Hematológico
60	6 dias	Icterícia	Hematológico
61	7 meses	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
62	4 meses	Bronquiolite	Respiratório
63	1 mes	Suspeita de Doença Metabólica	Metabólico
64	10 meses	Bronquiolite	Respiratório
65	11 meses	Encefalopatia Infecção Respiratória	Neurológico Respiratório

66	3 anos	H1N1	Respiratório
67	3 meses	Recusa Alimentar H1N1	Respiratório
68	7 meses	Broncoespasmo Hipoxemia	Respiratório
69	5 meses	Bronquiolite Hipoxemia	Respiratório
70	7 meses	Crise Convulsiva Mal Epiléptico	Neurológico
71	1 mês	Bronquiolite	Respiratório
72	1 mês	Bronquiolite . VSR+	Respiratório
73	2 meses	Bronquiolite . VSR+	Respiratório

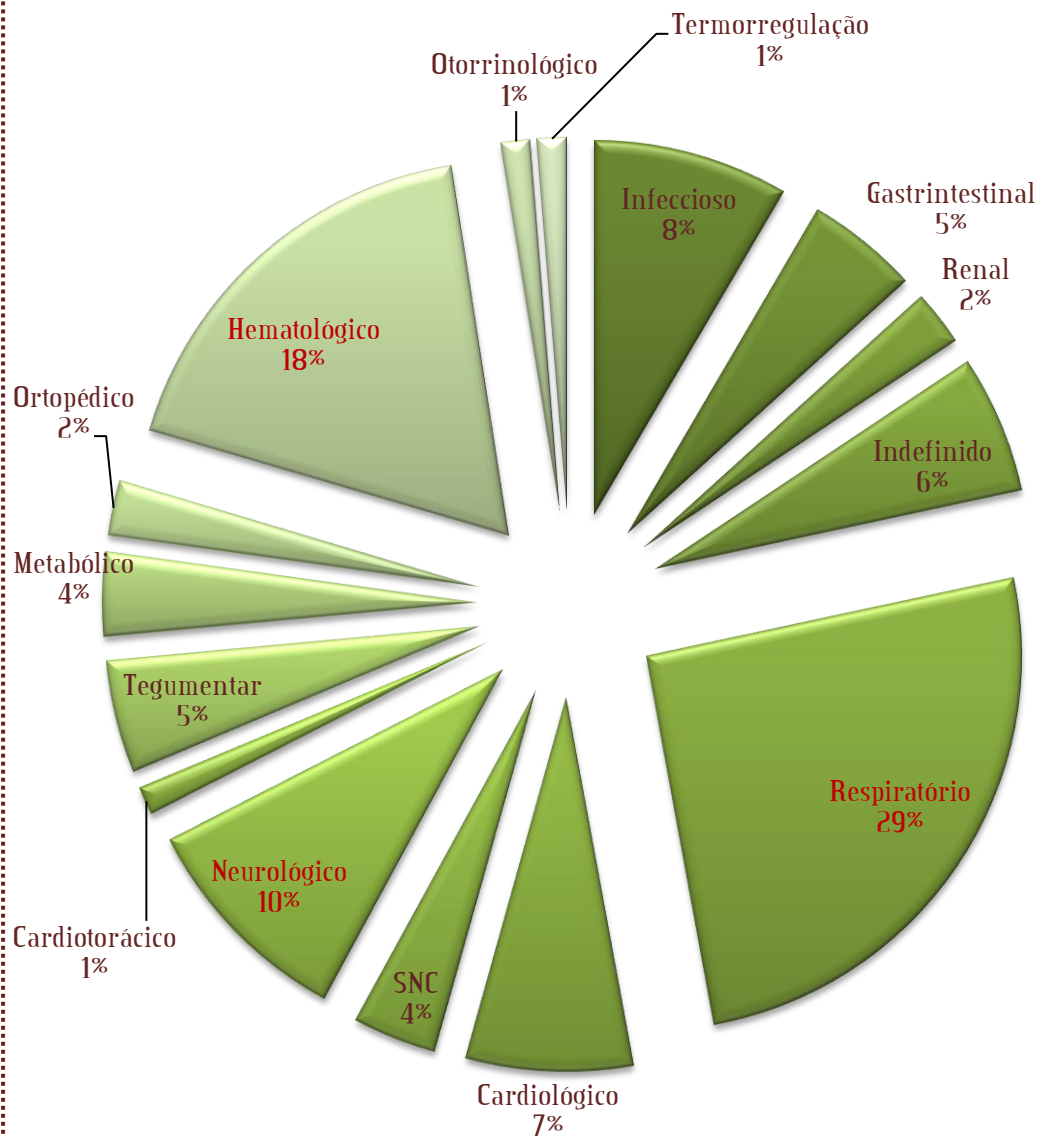
ANEXO XXVI|

PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES NAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NO

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA



Grupos de Patologias mais Frequentes nas Crianças - Pediatria



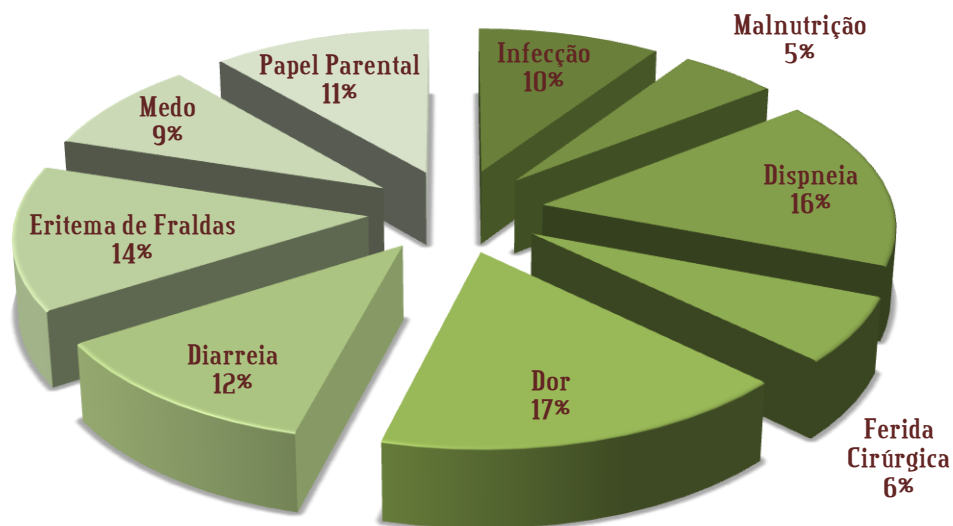
ANEXO XXVII|

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM –

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA



Focos da Prática Sensíveis a Cuidados de Enfermagem



Total diferente de 100%

dada a coexistência de Focos da Prática identificados numa mesma criança.

ANEXO XXVIII|

REGISTO DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO **SUP**



MESES DO ANO	Outubro , 2010													Total
DIAS ACTIVIDADES	4	6	10	11	13	15	16	17	20	22	26	27	29	
Prestação de Cuidados de Higiene e Conforto	2	1	1		2				2		2			10
Realização de Colheitas de Espécimens para Análise	4	2	5	2	1	5	4	2	4	2	3	6	1	42
Colocação de Cateter Venoso Periférico	3	2	3	2	1	4	2		2	1	2	2	3	27
Colocação de Sonda Naso/Orogástrica			1			1								2
Realização de Algaliação		1					1				1			3
Aspiração de Secreções	3	2	2			2		2		1	1	2	2	17
Manipulação de CVC/ CA	1				2		1				2			6
Manipulação de	2								2					4

Ventilação Não Invasiva														
Manipulação de Ventilação Invasiva	1								1					2
Preparação e Administração de Alimentação Parentérica	1										1			2
Realização de Tratamento a Feridas Complexas	1			1					1		1			4
Preparação e Administração de Terapêutica/	Sempre													
Promoção do Aleitamento Materno	Sempre													
Realização de Acções de Educação para a Saúde informais à família	Sempre													
Utilização de diferentes formas de	Sempre													

comunicar com a criança/família														
Promoção da Parentalidade	Sempre													
Utilização da linguagem CIPE para documentar a Assistência de Enfermagem realizada	Realização de um Plano de Cuidados, segundo linguagem CIPE													
Assistência à criança em estado crítico na SE	1					1			1					3
Transporte Inter - hospitalar da Criança em Estado Crítico	1					1			1					3
Realização de Triagem	4	6		12	4	3	3	10				8		50

ANEXO XXIX|

REGISTO DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



MESES DO ANO	Novembro , 2010										Total
DIAS ACTIVIDADES	2	3	8	9	12	16	17	21	22	26	
Prestação de Cuidados de Higiene e Conforto	2	2	1	2	1	1				2	11
Realização de Colheitas de Espécimens para Análise	2	1		1		2				1	7
Colocação de Cateter Venoso Periférico	1										1
Colocação de Sonda Orogástrica			1								1
Aspiração de Secreções	2	1						1			3
Manipulação de CVC/ Cateter Epicutâneo	1		1			1					3
Manipulação de Ventilação Não	2	1	1	1	2				2	1	10

Invasiva											
Manipulação de Ventilação Invasiva	1	1			1	1			1		5
Participação na Preparação e Administração de Alimentação Parentérica	Sempre										
Realização de Tratamento a Feridas	1								1		2
Preparação e Administração de Terapêutica/	Sempre										
Promoção do Aleitamento Materno	Sempre										
Realização de Ações de Educação para a Saúde informais à família	Sempre										
Utilização de diferentes formas de	Sempre										

comunicar com a família											
Promoção da Parentalidade	Sempre										
Utilização da linguagem CIPE para documentar a Assistência de Enfermagem realizada	Realização de um Plano de Cuidados, segundo linguagem CIPE										
Assistência à criança sob Fototerapia	1	2					3		1		7
Transporte Inter - hospitalar da Criança (Bloco de Partos para UCIN)	1					1			1		3
Visita ao Bloco de Partos/Salas de Parto	1	1				1			1		4

ANEXO XXX|

REGISTO DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA



MESES DO ANO	Nov./10	Dez./10							Jan./ 11										Total	
DIAS	29	3	8	11	12	14	17	22	2	6	8	11	12	15	18	19	21	22		24
ACTIVIDADES																				
Prestação de Cuidados de Higiene e Conforto	1	4	1	4	5	3	4			4	5			6	1		2			40
Prestação de Cuidados à Criança sob Fototerapia Simples/Intensiva						4		4		4		5		5		5	5			32
Realização de Diagnóstico Precoce						2								2						4
Realização de Colheitas de Bilirrubinas Transcutâneas/ Gasimetria Capilar						4		4		4				5		2	1			20
Realização de Colheitas de Sangue/ Urina/ Secreções			2		1						2				1		1			7

Colocação de Cateter Venoso Periférico						2					1	1			1					5
Colocação de Sonda Orogástrica					1				1											2
Realização de Algaliação					1						1									2
Aspiração de Secreções				4	5		2				3			5	4					23
Manipulação de Ostomias					2								3					4		7
Manipulação de CVC/ Cateter Epicutâneo					3								2					2		7
Manipulação de Ventilação Não Invasiva (CPAP, BIPAP)				2	2		2						2							8
Preparação e Administração de Terapêutica/ Alimentação Parentérica	Sempre																			
Promoção do	Sempre																			

Aleitamento Materno																				
Realizar Acções de Educação para a Saúde informais à família	Sempre																			
Utilizar diferentes formas de comunicar com a criança/família	Sempre																			
Promover a Parentalidade	Sempre																			
Apoiar os pais nos processos de transição	Sempre																			
Utilizar linguagem CIPE para documentar a Assistência de Enfermagem realizada	Realização de um Plano de Cuidados de uma criança, segundo a CIPE desde 03.12.2010 até dia 21.01.2011																			
Assistir a criança/família em			2		1						2				1		1	1		8

[illegible]

ANEXO XXXI |

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO I – **SALA DE EMERGÊNCIA**



:: 1º Caso Clínico na Sala de Emergência Pediátrica

Criança de 12 meses, sem antecedentes patológicos conhecidos, transportada pelo INEM até à Sala de Emergência do HSJ, vítima de acidente de viação em via rápida, com capotamento do veículo e posterior projecção. PCR em ritmo de assistolia no local do acidente, revertendo 30 minutos após manobras de SAV. Transporte pré-hospitalar em plano duro no entanto sem colar cervical. À chegada apresentava arreactividade a estímulos externos sem perfusão de sedação ou analgesia, com pupilas em midríase fixa. Conectado em prótese ventilatória orotraqueal n.º 1,5 no nível 23 à comissura labial, em modo de Pressão Controlada no entanto gasimetricamente descalibrado, com acidose respiratória grave. Aspiradas secreções traqueobrônquicas hemáticas em abundante quantidade no TOT, com posterior expansibilidade tóraca simétrica. Hemodinamicamente instável sem suporte de amins e sem resposta favorável a volume (140cc de Voluven), taquiarritmico e sem TA mensurável. Criança com má perfusão periférica das extremidades, palidez acentuada e cianose central. Iniciado aquecimento activo sem reversão de estado hipotérmico. Colocado acesso intra-ósseo n.18 por exteriorização accidental de anteriores acessos vasculares periféricos durante o transporte pré-hospitalar. Administrados 500cc de SF em infusão rápida (999 mL/h) com alguma resposta tensional no entanto com falência de taquicardia compensatória. Ausência de preenchimento capilar. Iniciou Dopamina em perfusão a 2 ml/h sem melhoria do perfil hemodinâmico, realizando concomitantemente bólus de 12mL de Bicarbonato diluidos em 12mL de água bidestilada e soro hipertónico a 3% (15 mL de cloreto de sódio a 20% em 85mL de água bidestilada) a 60 mL/h. Mantido estado de choque grave. Colhido sangue para hemograma, bioquímica e tipagem, pelo acesso intra-ósseo. Requisitadas unidades de glóbulos rubros.

Imobilizado membro superior esquerdo com tala e ligadura por deformidade aparente do mesmo e improvisado colar cervical (dada inexistência de colar cervical que permitisse o correcto apoio mentoniano da criança). Realizados pensos torácicos e fronto-parietal direito, por escoriações diversas. Apesar de se manter instável hemodinamicamente, uma hora após manobras de ressuscitação fluidica, têm

critérios para realização de TAC cerebro-toraco-abdominal. Transportado com
equipa da UCIP. TAC compatível com hemorragia cerebral difusa e com efeito de
massa ventricular. Trauma toraco-abdominal grave. Criança admitida na UCIP em
falência hemodinâmica. Sem critérios para SAV. Faleceu às 12h.

.....

ANEXO XXXII |

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO II – **SALA DE EMERGÊNCIA**



:: 2º Caso Clínico na **Sala de Emergência Pediátrica**

Adolescente de 17 anos de idade, sem antecedentes patológicos conhecidos, transportada pelo INEM até à Sala de Emergência do HSJ, vítima de atropelamento por camião na passadeira com posterior projecção. Assistida no local pela equipa médica, com avaliação neurológica na Escala de Coma de Glasgow compatível com 14. Identificadas fracturas múltiplas da grade costal e região fronto-parietal esquerda, com deformidade evidente de membro superior esquerdo: membro abduzido em rotação externa, com lesão vascular sangrante e exposta. Transporte pré-hospitalar em plano duro com colar cervical *Necklock Medium*.

Admitida na Sala de Emergência com afundamento do estado de consciência, palidez acentuada e cianose central. Pupilas médias isofotoreactivas, com resposta verbal lentificada e identificação de dor, no entanto sem mobilização de membros como sinal de fuga. Deterioração rápida para gemido sem resposta a questões verbais simples. Sinais de dificuldade respiratória evidentes, com Máscara de Hudson a 15 l/min. Apresentava abaulamento de caixa torácica à esquerda, com crescente hematoma infra-mamário. Auscultação compatível com hemopneumotórax bilateral com critérios de colocação de drenos torácicos por Cirurgia Pediátrica. Hiperventilada com ambú e colocados acessos vasculares nos membros inferiores, onde perfundiram sedação, analgesia e curarização para posterior Entubação Endotraqueal. Conectada em prótese ventilatória orotraqueal n.º 7,5 com *cuff* no nível 22 à comissura labial, em modo de Pressão Controlada. Apresentava gasimetria arterial descalibrada com acidose respiratória grave, comprometendo o *ratio* ventilatório. Aspiradas secreções traqueobrônquicas hemáticas em abundante quantidade no TOT, sem melhoria da expansibilidade tóracica. Colocado dreno torácico *Jolie* n.º 24 à esquerda, sob aspiração de baixa pressão, com drenagem hemática moderada, encontrando-se posteriormente oscilante e borbulhante. Colhidas análises para hemograma, bioquímica, perfil cardíaco e tipagem enquanto se procedia simultaneamente à entubação orogástrica com sonda n.º18 (drenagem de conteúdo entérico) e algaliação com sonda n.º16 de látex (drenagem de urina clara em quantidade vestigial).

Após melhoria de dinâmica ventilatória apresentou um declínio

hemodinâmico crescente, com falência de mecanismos compensatórios compatível com estado pré-terminal: choque hemorrágico e cardiogénico (misto) grave. Colocados 2 acessos intra-ósseos n.º 18, onde perfundiam 2 L de Soro Fisiológico a 999 ml/h. Hemodinamicamente instável e sem resposta favorável a volume, iniciou Noradrenalina 10mg/100 ml de SF a 10 ml/h, Dobutamina 250mg/50 ml de SF a 8ml/h e Bicarbonato de Sódio 8,4% a 30 ml/h, com agravamento de perfusão periférica e sem melhoria de perfil tensional por mau preenchimento. Colocado CVC na femural direita onde perfundia o suporte inotrópico, permitindo rentabilizar os acessos vasculares para administração de volume, perfazendo a totalidade de 12 L de cristalóides, 4 unidades de glóbulos rubros (1 L), 3 unidades de plasma fresco (600 mL) e 5 unidades de plaquetas (250 mL). Colocada linha arterial, com melhoria de estado hemodinâmico da adolescente: normocárdica, normotensa e com óptimas saturações periféricas de oxigénio. Iniciado aquecimento activo sem reversão de estado hipotérmico. Drenagem de urina límpida, no total de 1200 mL.

Imobilizado membro superior esquerdo com tala e ligadura por deformidade aparente do mesmo, com redução manual da sub-luxação pela Cirurgia Pediátrica. Lesão vascular sangrante imensurável, realizado penso oclusivo após limpeza com SF. Palidez de extremidades com pulso débil.

Após 5h e 30 minutos de reanimação fluídica e cardiovascular, têm critérios para realização de TAC cerebro-toraco-abdominal bem como Rx de membros. Transporte intra-hospitalar para realizar EAD, sem intercorrências, permitindo a suspensão de amins simpaticomiméticas e redução de ritmo de SF em perfusão. Administrados bólus de sedação e analgesia para realização de exames, por alguma reactividade. TAC compatível com edema cerebral (posteriormente colocado cateter de PIC), contusão torácica grave (posteriormente intervencionada por Cardio-Torácica) e contusão abdominal grave (lesão esplénica e e fractura hepática com liquido livre). Rx de coluna e membros compatível com lesão de coluna cervical operável e dorsal, com comprometimento de mobilidade de membros inferiores.

Transportada para UCI Pediátrica: estável hemodinamicamente e com critérios de SAV.

.....

ANEXO XXXIII|

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE O CONTACTO PELE – A – PELE:

MÉTODO CANGURU



:: Enquadramento Teórico sobre o *Método Canguru*

O Método Canguru, consiste numa etapa de assistência neonatal que implica o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe/pai e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos considerarem prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado ao seu filho (Charpak & Peláez, 2006; Gontijo TL, 2010). É na prematuridade e em recém-nascidos de baixo-peso, que se registam os seus valores de eficácia e segurança de implementação, necessitando que a criança se encontre apenas de fralda, meias ou gorro, totalmente em contacto com os seios maternos ou peito do pai, por baixo das suas roupas (Bergh *et al*, 2005). Normalmente é um método utilizado quando a criança desenvolve a competência fisiológica de termorregulação (Johnston *et al*, 2008), proporcionando-lhe períodos de sono mais profundos, estabilidade dos sinais vitais, manutenção da temperatura corporal, melhoria da postura quando em Canguru, diminuição dos períodos de choro, risco de infecção e sensibilidade dolorosa, bem como aumento da aptidão para o aleitamento materno e formação do vínculo pais-bebé (Gontijo TL, 2010; Costa & Monticelli, 2005; Almeida, Almeida & Forti, 2007).

ANEXO XXXIV|

POSTER *EFEITO CANGURU* – **SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**



Efeito Canguru...

Centro Hospitalar do Porto | Maternidade Julio Dinis

Serviço de Neonatologia :. Luisa Matos * :: Carla Silva ** & Ana Guimarães ***

* Sr.^a Enf.^a Chefe do Serviço de Neonatologia Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Orientação Tutorial

***Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria UCP

O Método Canguru consiste numa etapa de assistência neonatal que implica o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe/pai e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado ao seu filho. ¹ É aos Enfermeiros que se incute esta responsabilidade: de os ajudarem a tornarem-se cada vez mais competentes e mais próximos do seu bebé.

Vantagens do Método Canguru para o bebé ^{1,2,3} :

- *Períodos de sono profundos
- * Estabilidade dos sinais vitais
- *Manutenção da temperatura corporal
- *Melhoria da postura quando em Canguru
- *Minimiza e evita períodos de choro
- *Diminui o risco de infecção
- *Maior aptidão para aleitamento materno
- *Minimiza a sensação dolorosa
- *Formação do vínculo pais-bebé

Seja uma Família Canguru: sinta o seu bebé.

ANEXO XXXV|

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE EFEITOS DA MUSICOTERAPIA

NO **RN PRÉ-TERMO**



:: Enquadramento Teórico e Metodológico

sobre o *Efeito Mozart*

.....

A musicoterapia apresenta-se como uma alternativa não farmacológica de relaxamento, dado o seu efeito positivo na estabilidade comportamental e fisiológica do bebé, designado por Efeito Mozart. Na vantagem da exposição do recém-nascido a música clássica gravada/ ao vivo ou cantada pelos pais, apenas existe diferença na proximidade pais/filho que por esta pode ser ofertada. Assim, quando os pais cantam para o seu bebé tornam-se mais íntimos emocionalmente, facilitando a transição para o exercício do papel parental. O Enfermeiro é o elemento promotor deste Cuidado Centrado na Família: defendendo a necessidade de nutrir o bebé através da audição e estimulação tátil (Loewy, Hallan & Martinez, 2005; Shmuel *et al*, 2006; Shoemark & Dearn, 2008). O Efeito Mozart traduz-se pela redução de comportamentos de stress do bebé, aumento gradual do peso, redução do tempo de internamento, aumento da estabilidade fisiológica, aumento da proximidade com os pais, indução do relaxamento do bebé, redução do choro, indução de sono profundo e redução da ansiedade parental (Lubetzky *et al*, 2009; Neal & Lindeke, 2008; Lai, 2010; Kemper *et al*, 2004; Harrison, 2005); efeitos estes obtidos através da exposição do prematuro a música clássica não agressiva (preferencialmente com piano ou harpa) ou ao canto monocórdico, rítmico e suave, do canto da mãe: em tom de embalo (Lubetzky *et al*, 2009; Neal & Lindeke, 2008).

.....

ANEXO XXXVI |

POSTER SOBRE *EFEITO MOZART* – **SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**



Efeito Mozart...

Centro Hospitalar do Porto | Maternidade Júlio Dinis

Serviço de Neonatologia :: Luísa Matos * :: Ana Leite ** :: Ana Guimarães ***

* Sr.^a Enf.^a Chefe do Serviço de Neonatologia Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Orientação Tutorial

***Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria UCP-ICS

A **musicoterapia** apresenta-se como uma **alternativa não farmacológica de relaxamento**, dado o seu **efeito positivo na estabilidade comportamental e fisiológica** do bebé, designado por **Efeito Mozart**. Na vantagem da exposição do recém-nascido a música clássica gravada/ ao vivo ou **cantada pelos pais**, apenas existe diferença na **proximidade pais/filho** que por esta pode ser ofertada. Assim, **quando os pais cantam para o seu bebé tornam-se mais íntimos emocionalmente, facilitando a transição para o exercício do papel parental**. O **Enfermeiro** é o elemento **promotor** deste **Cuidado Centrado na Família**: defendendo a necessidade de **nutrir o bebé através da audição e estimulação tátil**.^{1,2,3}

Vantagens da exposição de música ao bebé pré-termo/pais^{4,5,6,7,8}:

- *Redução dos **comportamentos de stress do bebé**
- *Aumento gradual de **peso**
- *Redução do **tempo de internamento**
- *Aumento da **estabilidade fisiológica**
- *Aumento da **proximidade com os pais**
- *Indução do **relaxamento do bebé**
- *Redução do **choro**
- *Indução do **sono profundo**
- *Redução da **ansiedade parental**



:: Música Clássica ::

Preferencialmente com **piano ou harpa** (Mozart ou Vivaldi), devendo evitar-se **intrumentos agressivos**.⁴



:: Música cantada pelos Pais ::

Devem utilizar um **tom suave, monocórdico e rítmico**. As canções devem ser **repetitivas para sensação de embalo**.⁵

Cante para o seu bebé em tom de segredo.

Fontes! (1) Loewy J, Hallan C, Martinez C. Sleep/ Sedation in Children Undergoing EEG Testing: a Comparison of Chloral Hydrate and Music Therapy. Journal of Perianesthesia Nursing. 2005; 20 (5): 323-332.(2) Shmuel A et al. Live music is beneficial to preterm infants in NICU environment. Birth. 2006; 33:2:131-8. (3) Shoemark H, Dearn T. Keeping Parents at the Center of Family Centred Music Therapy with Hospitalized Infants. Australian Journal of Music Therapy. 2008; 19: 1-23. (4) Lubetzky R *et al*. Mozart benefits preterm infants. Pediatrics. 2009; 125: 24-8. (5) Neal DO, Lindeke LL. Music as a Nursing Intervention for Preterm Infants in the NICU. Neonatal Network. 2008; 27(5): 319-327 (6) Lai HL. Randomized Controlled Trial of Music during Kangaroo Care. Internation Journal for Human Caring. 2010; 84. (7) Kemper KJ, *et al*. Attitudes and Expectations about Music Therapy for Premature Infants among Staff in a NICU. Alternative Therapies. 2004; 10(2):50-56 (8) Harrison S. All they hear is radio Gaga. Nursing Standard.2005;19(49):5



ANEXO XXXVII|

PANFLETO SOBRE *EFEITO MOZART* – **SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**



Lista de Músicas do CD

1 :: Piano Concerto n.º21

2 :: Clarinet Quintet

3 :: Synphony n.º40

4 :: Oboe Concerto in C major

5 :: Ave Verum Corpus

6 :: Flute & Harp Concerto

7 :: Synphony n.º35

8 :: Clarinet Concerto

9 :: Piano Concerto n.º20

Maternidade Júlio Dinis
CHP

Serviço de Neonatologia

:: Luísa Matos * ::

Ana Leite ** :: Ana Guimarães ***

Cante para o seu bebé
em tom de segredo.

Efeito Mozart

* Sr.ª Enf.ª Chefe de Serviço Especialista em Saúde Infantil e
Pediatria ** Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Orientação Tutorial *** Aluna da Especialidade de Saúde
Infantil e Pediatria ICS,UCP





A **musicoterapia** apresenta-se como uma alternativa não farmacológica de relaxamento, dado o seu efeito positivo na estabilidade comportamental e fisiológica do bebé, designado por **Efeito Mozart**. Na vantagem da exposição do recém-nascido a música clássica gravada/ ao vivo ou **cantada pelos pais**, apenas existe diferença na **proximidade pais/filho** que por esta pode ser ofertada. Assim, **quando os pais cantam para o seu bebé tornam-se mais íntimos emocionalmente, facilitando a transição para o exercício do papel parental**. O Enfermeiro é o elemento promotor deste Cuidado Centrado na Família: defendendo a necessidade de **nutrir o bebé através da audição e estimulação tátil**.

Vantagens da exposição de música ao bebé pré-termo/pais:

- * Redução dos **comportamentos de stress do bebé** *
- * Aumento gradual de **peso** *
- * Redução do **tempo de internamento** *
- * Aumento da **estabilidade fisiológica** *
- * Aumento da **proximidade com os pais** *
- * Indução do **relaxamento do bebé** *
- * Redução do **choro** *
- * Indução do **sono profundo** *
- * Redução da **ansiedade parental** *



:: Música Clássica ::

Preferencialmente com **piano ou harpa** (Mozart ou Vivaldi), devendo evitar-se instrumentos agressivos.



:: Música cantada pelos Pais ::

Devem utilizar um **tom suave, monocórdico e rítmico**. As canções devem ser **repetitivas para sensação de embalo**.

ANEXO XXXVIII|

CD SOBRE *EFEITO MOZART* – **SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**



Centro Hospitalar do Porto
Maternidade Júlio Dinis
:: Serviço de Neonatologia ::

Efeito Mozart
Música Clássica para Bebés Prematuros



Luísa Matos :: Ana Leite & Ana Guimarães

ANEXO XXXIX |

VIVÊNCIAS DE CASOS COMPLEXOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM – **Caso I**



Vivências de Casos Complexos na Consulta de Enfermagem: Caso I

.....

A menina dava entrada no gabinete com a mãe adolescente enquanto o pai, jovem adulto com hábitos alcoólicos marcados, aguardava na sala de espera: chorava sem consolo fácil e balbuciava umas palavras imperceptíveis, recordo-me que “mordia” com vigor as mãos, como quem passava fome e cheirava fétidamente a urina. Como noutra qualquer consulta, a menina foi despida para a poder pesar e enquanto questionava a mãe sobre a alimentação, os meus olhos percorriam rapidamente o seu corpo frágil em busca de um outro qualquer sinal de alarme. Apareceu. Péssimos cuidados de higiene, onicomicoses em ambos os pequenos pés e um eritema de fralda exuberante...não podia acreditar no que presenciava mas mais do isso: não podia silenciar uma situação de completa negligência parental. Era uma situação de eventual conflitualidade, imprevista e extremamente complexa: tinha que gerar uma resposta de grande adaptabilidade, que neutralizasse o possível confronto. Assim o fiz. Num tom de calma e compreensão, abordei a importância dos cuidados de higiene assim como a sua correcta técnica (como combate ao défice higiénico e como estratégia de promoção de contacto físico entre pais e filha, uma vez que a criança exalava sinais de vinculação insegura) a importância da alimentação diversificada nesta fase de vida da criança (que comera uma bolacha há mais de 12 horas...) e nada mais consegui dizer. A mãe activou o conflito e o pai entrava alcoolizado na consulta. Não conseguia fazer-me entender junto de vozes tão altas e enfurecidas quanto as parentais, olhava todo aquele défice de transição para a Parentalidade enquanto formulava uma estratégia: abri um sorriso enquanto a voz se esgueirava assustada, reforçando que a minha intervenção se baseava na ajuda e não no julgamento ou na crítica. Enfatizei os recursos comunitários que tinham ao seu dispor, uma vez considerados como um casal de nível sócio-económico baixo enquanto anotava tremulamente os valores de percentil da criança. A médica de família entrava no gabinete para observar a criança e ficara tão chocada quanto eu com o que presenciava...reforçou os mesmos ensinamentos, enfatizando arduamente a articulação com a assistência social no caso dos défices de cuidados se perpetuarem na próxima consulta. Os pais fitaram-se dando a entender que seria a última vez que compareciam mas não poderíamos perder o rasto daquela criança, por isso eu nunca o tinha dito. Assim sendo antecipei a consulta vacinal dos 15 meses, para um mês depois deste triste episódio, alegando que teríamos que monitorizar o peso da menina que se encontrava num percentil preocupante e, no caso da sua não comparencia seria realizada uma visita domiciliária.

ANEXO XL |

VIVÊNCIAS DE CASOS COMPLEXOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM – **Caso II**



Vivências de Casos Complexos na Consulta de Enfermagem: Caso II

Tinha 2 anos, cambaleava a cada passo enquanto lutava com intenso prurido corporal, que o deixava visivelmente desgastado. Mais uma vez pedia para o menino se despir, anunciando a anterior experiência que este seria um caso idêntico: magro, definhado, com pústulas dispersas corporalmente, com presença de 4 cáries na dentição decídua, com déficit de equilíbrio e comunicacional, apresentando um discurso disártrico e imperceptível. Os mesmos ensinamentos foram reforçados: cuidados de higiene corporais e orais, alimentação diversificada e a importância da estimulação neurosensorial e motora, para o correcto desenvolvimento da criança. Apesar de presente uma negligência passiva, a mãe era um elemento que absorvia toda a informação que lhe era fornecida de uma forma amigável, procurando compreender e demonstrar conhecimento adquirido, através do *feedback* positivo sobre os ensinamentos realizados. Foram colocados aos seus dispor os recursos existentes na comunidade, como a assistência social dados os baixos rendimentos económicos, a terapia da fala, fisioterapia e o médico dentista, para a correcta selagem dos dentes. Enquanto aceitava toda a ajuda que lhe era proporcionada, comuniquei à médica da família as lesões preocupantes que o menino apresentava encaminhando-o para o HPH. Terminavam as consultas e eu ficava no gabinete incrédula, precisava de um tempo para mim, para reflectir no que acontecera...

ANEXO XLI|

VISITA À **CASA DO CAMINHO**



:: Relatório de Actividade ::

Visita de Estudo à Casa do Caminho

28.04.2010

:: Sessão de Esclarecimento: Dr.ªAna (Directora Técnica e Psicóloga) ::

“DEUS QUER, O HOMEM SONHA E A OBRA NASCE: A CASA DO CAMINHO”

1 | Apresentação do Espaço Físico.

2 | Sessão de Esclarecimento sobre a funcionalidade, especificidade de atendimento e intervenção.

1 | Apresentação do Espaço Físico



A “Casa do Caminho” foi fundada em 1988 no Porto, alicerçada no espírito altruista e solidário de um grupo de amigos voluntários, ao serviço de causas nobres e sociais. Este mesmo grupo apelidou esta associação de Casa do Caminho pelo seu cariz simbólico, de protecção face à grande caminhada que aguardava os mais pequenos. Em 1992, vê-se reconhecida como a primeira Instituição de Emergência Infantil do Norte e sete

anos depois como a Instituição do Ano, pelos órgãos sociais.

Esta associação é uma **IPPS** (Instituição Particular de Solidariedade Social) cuja funcionalidade é a de acolhimento temporário de crianças em risco, ou seja, vítimas de maus tratos ou por falta de condições socioeconómicas parentais, que coloquem em risco o seu pleno desenvolvimento. Inicialmente este projecto estava concebido para acolher crianças desde os 0 - 3 anos de idade, no entanto face à problemática da adopção/reinserção social juntamente ao crescente número anual de crianças em perigo, procuraram condições que permitissem o harmonioso crescimento da criança até à concretização do seu **PROJECTO DE VIDA**: aumentando o tempo de permanência até aos 6 anos de idade. **Entende-se por Projecto de Vida, a decisão de adopção/tutela ou reequilíbrio da sua estrutura familiar.**

2 | Sessão de Esclarecimento sobre a funcionalidade, especificidade de atendimento e intervenção.

Os temas abordados neste Sessão de Esclarecimento foram:

- :: Articulação do Tribunal com a Casa do Caminho
- :: Acolhimento da Criança na Casa do Caminho
- :: Permissividade de Visitas à Criança na Casa do Caminho
- :: A importância do estabelecimento do Perfil Psicológico dos futuros Pais Adoptivos
- :: Despedida da Criança da Casa do Caminho
- :: Particularidades Jurídicas da Adopção
- :: A Importância do Acompanhamento Psicológico na Criança Institucionalizada.

ANEXO XLII|

EXEMPLOS DE TRÊS CASOS DE DIFÍCIL *NEGOCIAÇÃO*



Exemplos de 2 Casos de Dificil *Negociação*



CASO I: “MATILDE”

A “Matilde” tinha 1 dia de vida quando foi admitida no Serviço de Pediatria B, com diagnóstico médico de *Ictericia*, com indicação para realizar fototerapia até níveis de bilirrubina transcutâneos normalizados. Durante os primeiros 4 dias de internamento necessitou de realizar fototerapia intensiva, com critérios para realizar posteriormente o tratamento em Bilibed. Durante os seis dias de internamento, a mãe havia já questionado a necessidade de realizar as análises transcutâneas diárias, uma vez causadoras de dor e desconforto na bebé, terminando mesmo por não as autorizar apesar de todos os esforços reunidos no sentido da compreensão da sua importância. Apesar de todas as informações lhe terem sido fornecidas, ao 6º dia de vida da “Matilde” a mãe exigiu a sua alta clínica (mesmo sob fototerapia simples), apesar de ter sido vigorosamente desaconselhada a fazê-lo, acreditando que o tratamento não era mais necessário e uma verdadeira “perda de tempo”.

CASO II: “JOÃO”

O “João” com apenas dois anos de idade, dava entrada no Serviço de Pediatria B após alta da UCIP, com diagnóstico médico de Meningococemia. Apresentava lesões necróticas dispersas corporalmente, que lhe conferiam algum desconforto, necessitando de antibioterapia agressiva continua, cuidados de penso a feridas complexas e inúmeras idas ao Bloco Operatório, no sentido do desbridamento das placas necróticas. Após um internamento de praticamente 1 mês, os seus pais negavam a continuação do tratamento antibiótico endovenoso, uma vez que este exigia que fosse constantemente repuncionado, apelando à continuação da cobertura antibiótica sob via oral. Vítima da agressividade da terapêutica, o “João” apresentava episódios de diarreia difusa e vômitos, comprometendo a eficácia do novo tratamento, pelo que o médico decide reiniciá-lo na forma anterior. Os pais recusaram terminantemente a sua administração, exigindo o retomar dos comprimidos, mesmo após esclarecimento sobre o risco de aumento dos dias de internamento e susceptibilidade a uma re-infecção, desta vez nosocomial.

ANEXO XLIII|

CRIANÇAS ASSISTIDAS NO **SUP - OBS**



N.º Crianças	Idade	Diagnóstico Médico
1	10m	SDR Grave
2	2a	Vómitos Persistentes
3	9m	Vómitos Persistentes
4	8a	# Membro Superior Direito
5	17a	Cólica Renal
6	7a	Apendicectomia
7	9a	# Úmero Direito
8	17a	Alcoól Alt.Comportamento
9	15a	TSV Pneumonia
10	17a	Tuberculose Pneumonia Bilateral
11	12a	# Ossos do antebraço
12	23d	Estenose Esofágica
13	9m	TCE Parietal
14	13a	Dor Abdominal
15	7a	# Braço Direito
16	10a	Dor Abdominal
17	17a	Intoxicação Alcóolica
18	10a	Apendicite
19	9a	# Antebraço Esq.º
20	17a	Dor Abdominal + Vómitos

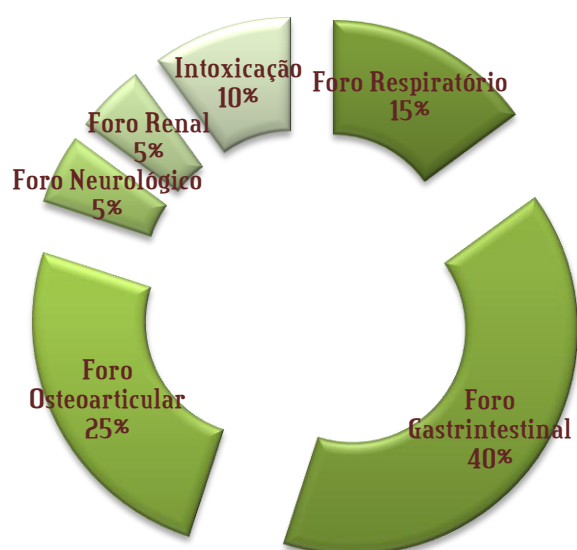
ANEXO XLIV|

PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES NAS CRIANÇAS

ASSISTIDAS EM **OBS - SUP**



Patologias mais frequentes nas Crianças - OBS



ANEXO XLV|

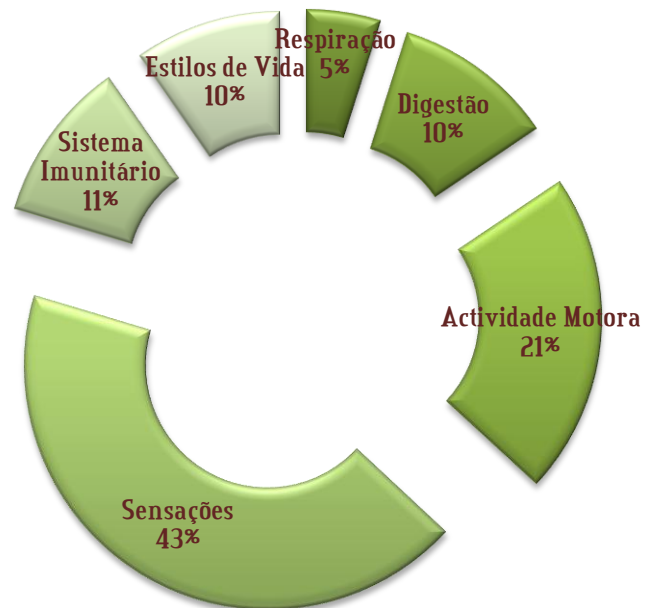
FOCOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES NAS CRIANÇAS

ASSISTIDAS EM **OBS - SUP**

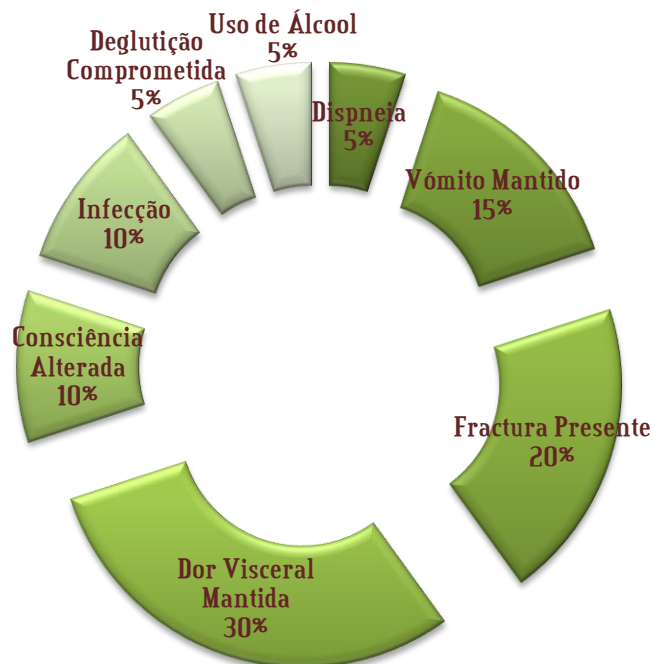


N.º Crianças	Idade	Diagnósticos de Enfermagem
1	10m	Dispneia em Repouso, em grau elevado
2	2a	Vômito Mantido
3	9m	Vômito Mantido
4	8a	Fractura Presente
5	17a	Dor Visceral Mantida
6	7a	Dor Visceral Mantida
7	9a	Fractura Presente
8	17a	Consciência Alterada
9	15a	Infeção Presente
10	17a	Infeção Presente
11	12a	Fractura Presente
12	23d	Deglutição Comprometida
13	9m	Consciência Alterada
14	13a	Dor Visceral Mantida
15	7a	Fractura Presente
16	10a	Dor Visceral Mantida
17	17a	Uso de Álcool Presente
18	10a	Dor Abdominal Mantida
19	9a	Fractura Mantida
20	17a	Dor Visceral e Vômito Mantidos

Focos de Intervenção de Enfermagem - OBS



Diagnósticos de Enfermagem mais Frequentes - OBS



ANEXO XLVI

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL:

CUIDAR DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA



Hospital de S. João, EPE

Serviço de Pediatria Médica B.



Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita



.: Cuidar da Criança com Cardiopatia Congênita .:



No coração do homem é que reside o princípio e o fim de tudo.

(Tolstoi, L.)





SUMÁRIO

1 A Criança com Cardiopatias Congénitas	3
1.1 O que significa e como surge?	3
1.2 Que tipos de cardiopatias congénitas existem?	5
1.2.1 Cardiopatias Cianóticas: Transposição dos Grandes Vasos	8
1.2.2 Cardiopatias Cianóticas: Tetralogia de Fallot	9
1.2.3 Cardiopatias Cianóticas: Tronco Arterial Comum	10
1.2.4 Cardiopatias Acianóticas: Comunicação Interventricular	11
1.2.5 Cardiopatias Acianóticas: Persistência do Canal Arterial	11
1.2.6 Cardiopatias Acianóticas: Comunicação Interauricular	12
1.3 Sinais e sintomas gerais e específicos das Cardiopatias Congénitas	13
1.4 E se o meu filho necessitar de Cirurgia Cardíaca?	19

...

2 Cuidar da Criança com Cardiopatias Congénitas	22
2.1 Alimentação da Criança	22
2.1.1 Que cuidados devem existir na sua alimentação?	25
2.2 A Actividade Física da Criança: exercício físico Vs repouso	30
2.2.1 Que tipo de desportos pode praticar?	31

...

3 Bibliografia	33
------------------------	-----------

...

Anexos	35
Anexo I: Saúde Oral nas Crianças	
Anexo II: Higiene Intima nas Crianças	
Anexo III: Tabela Nutricional	
Anexo IV: Nutrientes e Macrominerais	



1| A Criança com Cardiopatias Congénitas

1.1| O que significa e como surgem?



As Cardiopatias Congénitas, vulgarmente designadas por doenças cardíacas desde o nascimento da criança, representam cerca de 15-20% das malformações infantis ¹. Os avanços da medicina e da cirurgia nas últimas décadas, permitiram a sobrevivência destas crianças ao longo dos anos, tornando-se a cardiopatia congénita, a doença crónica (prolongada) mais comum na infância e na vida adulta ². Algumas cardiopatias são tão graves que tornam o feto inviável, enquanto que outras são bem toleradas dentro do útero da mãe, permitindo o nascimento de um bebé aparentemente saudável ². Após este nascimento, algumas destas doenças exigem que seja imediatamente realizada uma cirurgia cardíaca - porque correm sérios riscos de vida - necessitando de ficar internados em Unidades de Cuidados Intensivos ⁴ (ver 1.4).



Mas afinal como surgem estas doenças no bebé? De facto existem alguns factores de risco que podem propiciar o seu aparecimento, classificando-se em 4 grandes grupos: o *risco familiar*, o *risco materno*, o *risco ambiental* e o *risco fetal* ⁵, que serão explicados seguidamente de forma simples e resumida:



Risco Familiar: quando os factores que propiciam o aparecimento da doença cardíaca se encontram relacionados com história de doenças



hereditárias¹, doenças nos cromossomas (cromossomopatias – como por exemplo o Síndrome de Down ou Trissomia XXI) ou síndromes familiares.



Risco Materno: quando os factores que propiciam o aparecimento de doença cardíaca se encontram relacionados com a mãe do bebé, como idade avançada (superior a 40 anos), diabetes², doenças do colagénio³, rubéola⁴ durante a gravidez e fenilcetonúria⁵.



Risco Ambiental: quando os factores que propiciam o aparecimento de doença cardíaca se encontram relacionados com a exposição a diversos tipos de vírus, exposição excessiva da mãe a Rx e abuso de álcool, drogas e medicamentos contra-indicados na gravidez.



Risco Fetal: quando os factores que propiciam o aparecimento da doença cardíaca se encontram relacionados com o incorrecto desenvolvimento do bebé, como as malformações fetais⁶, as cromossomopatias⁷, a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU)⁸, alterações do líquido amniótico⁹ e hidrópia fetal¹⁰.

¹ São um conjunto de doenças genéticas caracterizadas por se transmitirem de geração em geração, isto é de pais a filhos e, que se podem ou não manifestar em algum momento das suas vidas.

² É uma doença crónica caracterizada pelo aumento do nível de açúcar no sangue, designado por glicemia.

³ São doenças que apresentam uma alteração generalizada do tecido conjuntivo, como por exemplo a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistémico e a artrite reumatóide juvenil.

⁴ É uma doença infecciosa causada por um vírus. Especialmente grave nos primeiros 3 meses de gravidez.

⁵ É a doença mais comum causada pela deficiência de uma enzima, responsável pela decomposição de um aminoácido: a fenilalanina. Felizmente é pouco frequente e pode ser imediatamente detectada através do Teste do Pezinho.

⁶ Alterações na forma e na estrutura de um tecido ou órgão durante a gestação.

⁷ Desequilíbrio na constituição dos cromossomas.

⁸ Atraso no crescimento do feto, que lhe confere um aspecto magro (baixo peso).

⁹ Alterações no volume de líquido que envolve o bebé.

¹⁰ É um caso raro mas preocupante, em que o bebé apresenta um inchaço generalizado no corpo.

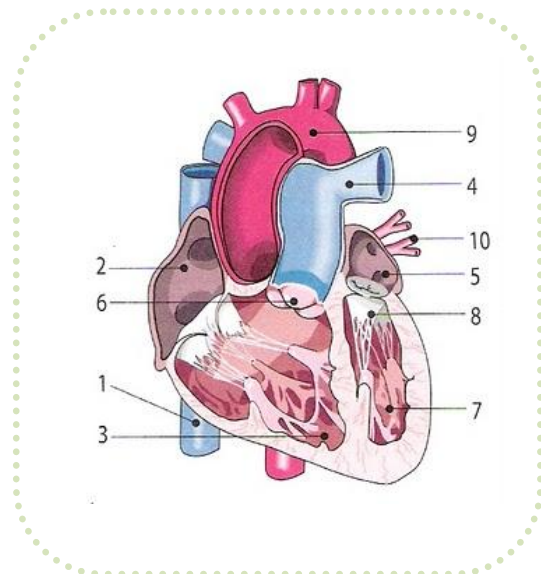


1.2| Que tipos de cardiopatias congénitas existem?

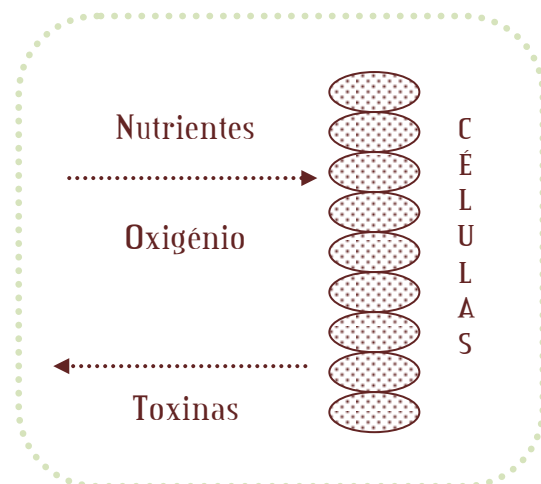


Antes de ser realizada uma abordagem à doença cardíaca na criança, deve ser relembrado o correcto funcionamento de um coração, para assim se compreenderem as diferenças entre um coração saudável e um doente.

- 1.Veia Cava Inferior
- 2.Aurícula Direita
- 3.Ventrículo Direito
- 4.Arteria Pulmonar
- 5.Aurícula Esquerda
- 6.Válvula Pulmonar
- 7.Ventrículo Esquerdo
- 8.Válvula Bicúspide
- 9.Arteria Aorta
- 10.Veias Pulmonares



O sistema cardiovascular¹¹ humano é o mais complexo dos seres vivos conferindo-lhes a capacidade de **manutenção da temperatura** corporal independentemente do ambiente que os envolve. O coração, como principal órgão do sistema cardiovascular, é em grande parte responsável por esta característica fazendo o **transporte de oxigénio** e outros **nutrientes** (alimento) às



¹¹ Constituído pelo coração e a rede de vasos (artérias, arteríolas, capilares, veias e vénulas) que atravessa todo o corpo.



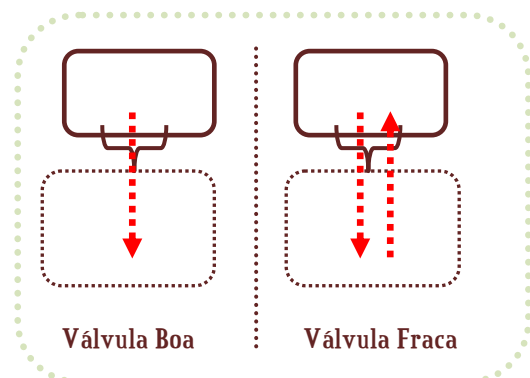
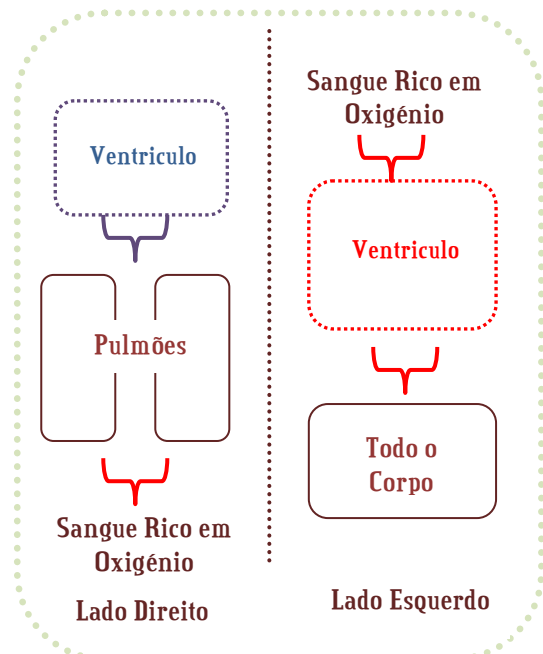
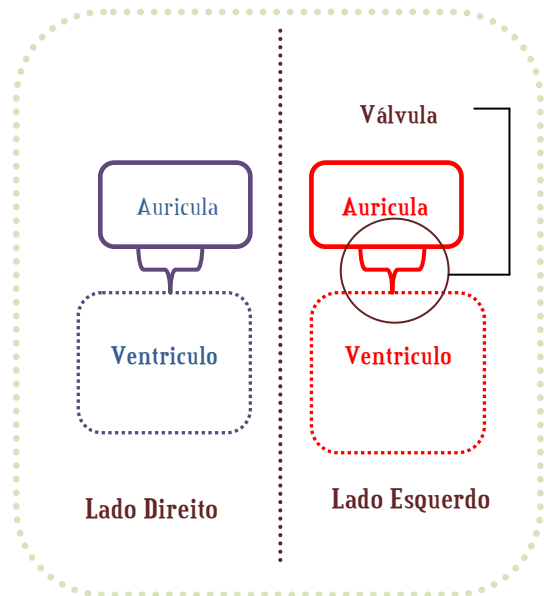
células, permitindo também a **eliminação das suas toxinas**.

O coração funciona então como a “bomba” que mantém o sistema em funcionamento. É constituído por 4 cavidades individualizadas, ou seja, 2 aurículas e 2 ventrículos, em cada um dos lados deste órgão. A circulação do sangue é controlada pelas válvulas. Assim:

Aurícula Direita e Ventrículo Direito: coordenam a circulação pulmonar em que o sangue é **rico em dióxido de carbono e toxinas** e por isso **pobre em oxigénio** - sangue venoso. Empurram o sangue para os pulmões para este lá deixar o dióxido de carbono e trazer oxigénio. Normalmente representados com a **cor azul**.

Aurícula Esquerda e Ventrículo Esquerdo: coordenam a circulação do resto do corpo (libertam o sangue para a **artéria aorta e depois para todas as partes do corpo**) e por isso **rico em oxigénio** - sangue arterial. Normalmente representados com a **cor vermelha**.

Válvulas: controlam a **circulação do sangue** e permitem a **comunicação entre aurículas e ventrículos**, de modo a que o sangue flua num só sentido. Quando temos uma *válvula*





insuficiente, esta não consegue impedir que o sangue venha no sentido contrário porque se encontra doente ou muito fraca.

O ciclo cardíaco é composto por dois eventos: a diástole (descanso do coração em que as cavidades se enchem de sangue) **e a sístole** (contração das cavidades, em que o sangue é expulso das aurículas e dos ventrículos).

As doenças cardíacas congénitas podem ser classificadas de inúmeras formas, constituindo a diferença na tonalidade da pele da criança, uma ótima maneira de compreender os diferentes tipos. Assim as cardiopatias podem ser classificadas em ***cianóticas*** (conferem um tom azulado à pele, designado por cianose) e ***acianóticas*** (o tom da pele mantém-se rosado, ou seja, sem cianose), sendo abordadas seguidamente **as mais frequentes** em cada tipo:

Tabela n.º1| Diferentes Cardiopatias Congénitas

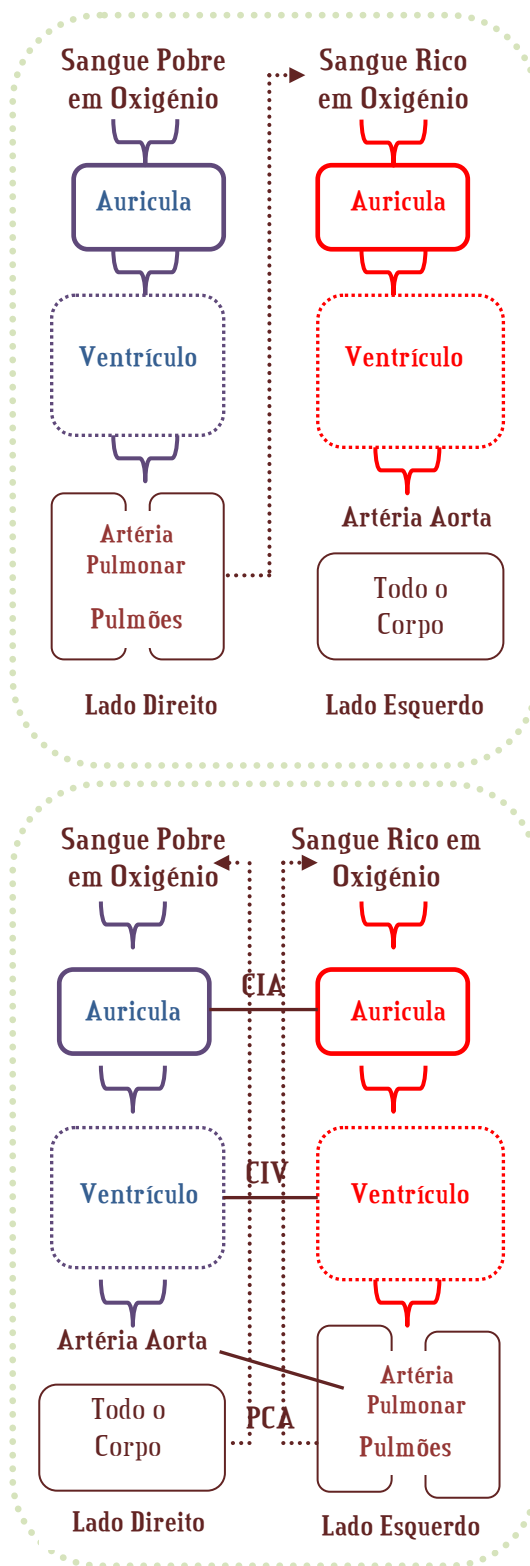
Cardiopatias <i>Cianóticas</i>	Cardiopatias <i>Acianóticas</i>
Transposição dos Grandes Vasos	Comunicação Interventricular
Tetralogia de Fallot	Persistência do Canal Arterial
Tronco Arterial Comum	Comunicação Interauricular



1.2.1| **Cardiopatias Cianóticas**:. Transposição dos Grandes Vasos (TGV)

Nesta doença a origem da artéria aorta e da artéria pulmonar estão trocadas. A artéria aorta nasce no ventrículo direito (quando devia ser a artéria pulmonar) e a artéria pulmonar no ventrículo esquerdo (quando devia ser a artéria aorta). Mas que consequências arrecada esta transposição para a saúde do bebê? Uma vez que as circulações se encontram invertidas, a artéria aorta¹² leva sangue oxigenado para os pulmões e a artéria pulmonar¹³ sangue muito pobre em oxigênio para os tecidos de todo o corpo.

Para que haja sobrevivência nesta malformação cardíaca, uma vez que as circulações pulmonares e corporal não se cruzam, é necessário que exista uma comunicação cardíaca que permita a mistura do sangue oxigenado com o não oxigenado, como: a CIV (Comunicação Interventricular), a CIA (Comunicação Interatrial) e PCA (Persistência do Canal Arterial)¹⁴.



¹² Que em situações normais leva sangue com oxigênio a todas as partes do corpo.

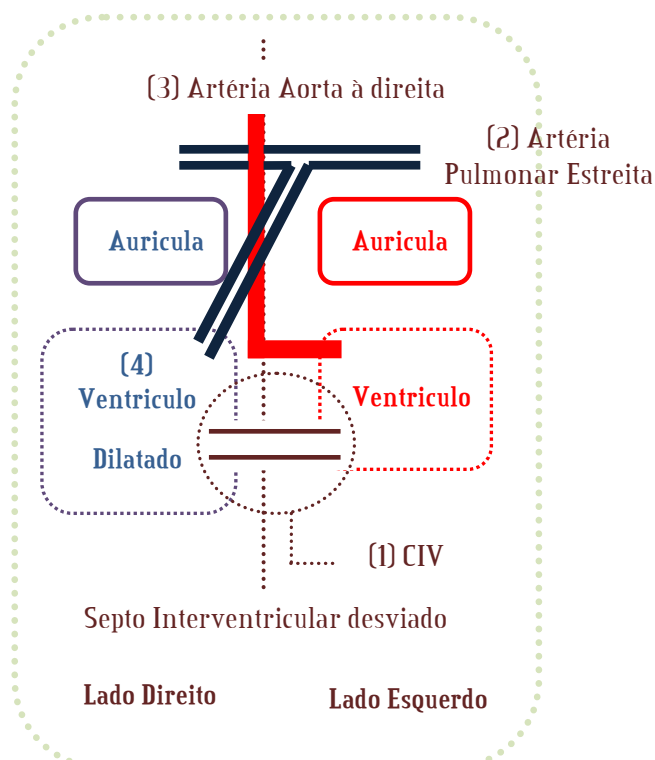
¹³ Que em situações normais recebe sangue com pouco oxigênio e o leva para os pulmões.

¹⁴ Ver mais sobre o assunto em **Cardiopatias Acianóticas**.

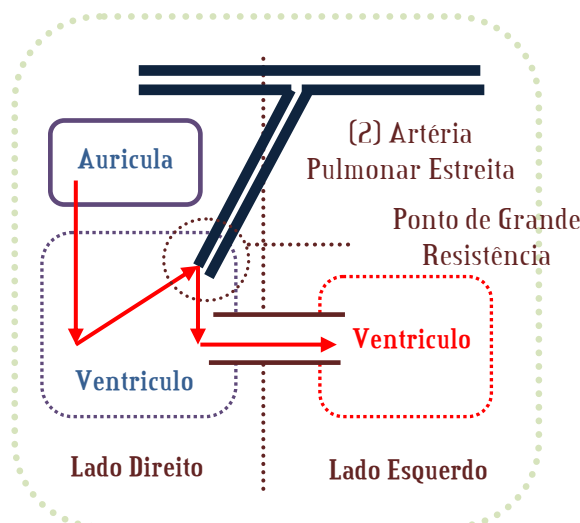


1.2.2| Cardiopatias **Cianóticas** .: **Tetralogia de Fallot (T4F)**

A Tetralogia de Fallot, como o próprio nome indica, consiste na reunião de quatro defeitos no coração do bebê: (1) **defeito no septo ventricular**¹⁵, (2) **estenose pulmonar**¹⁶, (3) **cavalgamento da aorta**¹⁷ e (4) **hipertrofia ventricular direita**¹⁸.



O defeito no septo entre os ventrículos, denominado de **CIV**, permite a existência de uma abertura anormal entre o ventrículo direito e o esquerdo; permitindo a mistura do sangue venoso (pouco oxigenado) e do sangue arterial (oxigenado). Como este defeito é normalmente grande, as pressões do sangue entre os 2 ventrículos podem ser idênticas, por conseguinte, a desvio assumido



¹⁵ Existe uma abertura na parede que separa os 2 ventrículos, permitindo que o sangue flua de um para o outro.

¹⁶ A artéria pulmonar encontra-se mais apertada que o normal, oferecendo muita resistência ao ventrículo direito.

¹⁷ Existe um desalinhamento da parede que divide os 2 ventrículos - para a direita - permitindo que a artéria aorta assuma uma posição mais à direita, ou seja, passando por cima do septo (parede entre ventrículos).

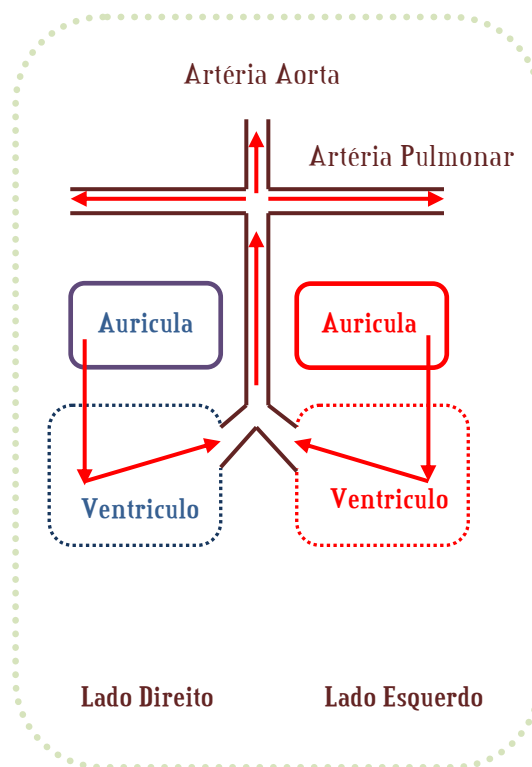
¹⁸ O ventrículo direito encontra-se muito dilatado (maior que o esquerdo), porque encontra muita resistência na artéria pulmonar. Como esta está mais apertada, o ventrículo faz mais força para empurrar o sangue, terminando por ficar maior (menos eficiente, ou seja, mais fraco) pela pressão exigida.



pelo sangue¹⁹, pode ser condicionado pelas resistências existentes na artéria pulmonar e aórtica. Na **Tetralogia de Fallot**, como existe um estreitamento da artéria pulmonar, é normal encontrar um desvio de sangue do ventrículo direito para o esquerdo: *shunt direito-esquerdo*.

1.2.3| Cardiopatias **Cianóticas** :: Tronco Arterial Comum

No Tronco Arterial Comum, existe uma **falha** - ainda quando a criança está a ser formada - na divisão do tronco em artéria aorta e artéria pulmonar: dando origem a um só vaso. O sangue de ambos os ventrículos mistura-se neste vaso e circula com menor pressão nas artérias pulmonares (porque oferecem menos resistência) e maior pressão na artéria aorta. Assim sendo o caminho mais fácil a seguir é o das artérias pulmonares, porque não são tão estreitas, ficando a **circulação da aorta comprometida**: adquirindo as crianças o tom azulado da pele.

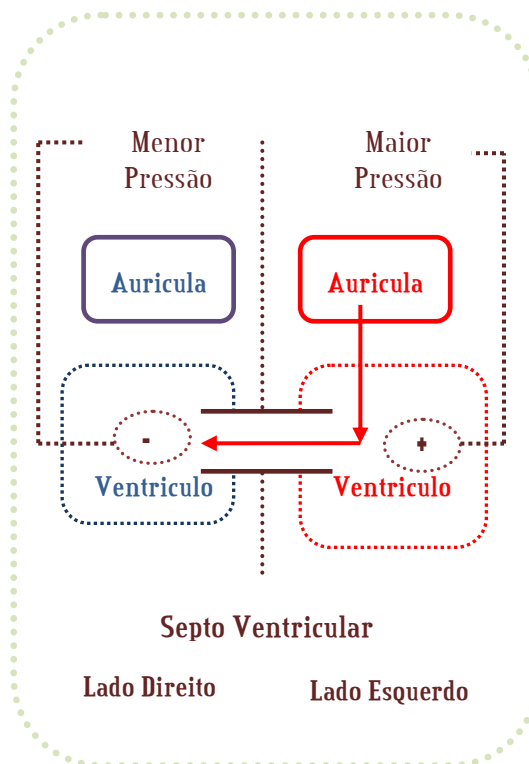


¹⁹ Desvio da direita para a esquerda (shunt direito-esquerdo) ou esquerda para a direita (shunt esquerdo-direito).



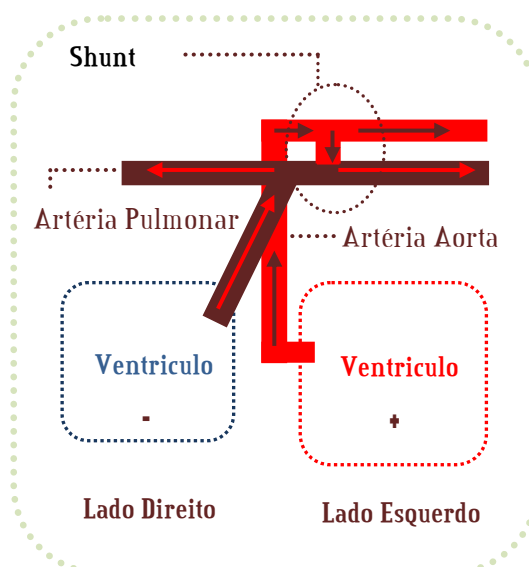
1.2.4| **Cardiopatias Acianóticas** :: Comunicação Interventricular (CIV)

A **Comunicação Interventricular**, consiste numa abertura anormal entre os dois **ventrículos**. Esta abertura pode variar de tamanho, entre uma cabeça de alfinete e ausência completa da parede (septo) que separa as duas câmaras, resultando num único ventrículo. De acordo com alguns estudos, acredita-se que algumas CIV's possam fechar espontaneamente (20 a 60%)²⁰. Normalmente o desvio de sangue ocorre do **ventrículo esquerdo** (com pressão mais elevada) para o **direito** (com menor pressão), ou seja, ocorre um *shunt esquerdo-direito*.



1.2.5| **Cardiopatias Acianóticas** :: Persistência do Canal Arterial

A **Persistência do Canal Arterial** consiste na falha do fechamento da comunicação existente entre a **artéria aorta** e a **pulmonar**, nas primeiras semanas de vida. Esta comunicação é essencial para a circulação do bebê ainda dentro do útero materno, no entanto é esperado o seu fechamento espontâneo quando nasce. Esta abertura permite que o sangue flua com mais pressão da **artéria aorta** para a



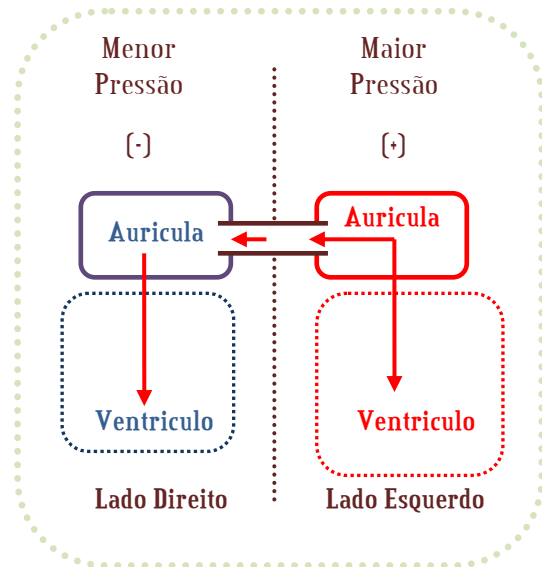
²⁰ Este fechar espontâneo normalmente ocorre em crianças no primeiro ano de vida e com aberturas pequenas ou moderadas.



pulmonar, considerando-se um shunt esquerdo-direito.

1.2.6| Cardiopatias **Acianóticas** .: Comunicação Interauricular

A Comunicação Interauricular, consiste numa abertura anômala entre as duas aurículas, permitindo que o sangue passe da aurícula esquerda para a direita. Assim sendo, é normal a existência de um **shunt esquerdo - direito**, porque a aurícula esquerda encontra-se sobre maior pressão que a esquerda.





1.3| Sinais e sintomas gerais e específicos das Cardiopatias Congénitas

De acordo com alguns estudos a ocorrência de Cardiopatias Congénitas na infância, estima-se que seja de 5 a 8 em cada 1000 nascidos vivos. Aproximadamente 2 a 3 em cada 1000 demonstrarão sintomas de doença durante o primeiro ano de vida. Embora existam mais de 35 defeitos cardíacos conhecidos, o mais frequente é a Comunicação Interventricular²¹.

.: Sinais e sintomas GERAIS das Cardiopatias Congénitas .:



Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

É a incapacidade do coração em bombear uma quantidade adequada de sangue para a circulação corporal, para satisfazer as necessidades do organismo.

Sinais e sintomas comuns

- .: Aumento do ritmo cardíaco .:
- .: Aumento do ritmo respiratório .:
- .: Aumento do tamanho do fígado .:

:: Em crianças com menos de 2 anos ::

- (1) Falta de ar
- (2) Dificuldade em sugar o leite²²
- (3) Pouco ganho de peso
- (4) Suor excessivo
- (5) Risco de infecções respiratórias

:: Em crianças com mais de 2 anos ::

- (1) Recusa em alimentar-se
- (2) Enjoos e vômitos
- (3) Dor abdominal (barriga)
- (4) Falta de ar
- (5) Suor excessivo
- (6) Cansaço excessivo com o exercício
- (7) Inchaço
- (8) Mãos e pés frios

²¹ Ver 1.2.4 Cardiopatias Acianóticas .: Comunicação Interventricular

²² Dificuldade de sucção quer na mama quer na tetina.



.: Sinais e sintomas **ESPECIFICOS** das Cardiopatias **Cianóticas** .:



Transposição dos Grandes Vasos (TGV)

A artéria pulmonar origina-se no ventrículo esquerdo e a artéria aorta no direito. Não existe comunicação entre as circulações pulmonares e corporais.

Sinais e sintomas de TGV

[Dependem do tipo de CIV, CIA, PCA]

- (1) Cianose Grave²³
- (2) Sinais e sintomas de ICC²⁴
- (3) Cardiomegalia²⁵
- (4) Sopro Cardíaco
- (5) Hipoxemia Grave²⁶



Tetralogia de Fallot (T4F)

Defeito cardíaco composto por 4 anormalidades: (1) comunicação ventricular, (2) estreitamento da artéria pulmonar, (3) artéria aorta à direita e (4) ventrículo direito aumentado.

Sinais e sintomas de T4F

- (1) Cianose²⁷
- (2) Crises de **Spell Anóxico**²⁸
- (3) **Hipocratismo Digital**²⁹

²³ Coloração azulada da pele logo à nascença. Quando a comunicação (CIV, CIA ou PCA) é muito pequena, ou seja, não há mistura de sangue oxigenado com o não oxigenado.

²⁴ Se apresentarem uma CIV grande ou um PCA.

²⁵ Coração de grandes proporções. Evidente algumas semanas depois do nascimento.

²⁶ Deficiência da concentração de oxigênio no sangue arterial.

²⁷ Apresentam esta tonalidade de forma marcada ou discreta no nascimento, que se intensifica no primeiro ano de vida.

²⁸ Ou Crises Hipercrianóticas, onde a criança fica subitamente azulada e sem respirar. Ver seguidamente a Caixa de Texto "**Crises de Spell: importante saber!**" para informação mais detalhada.

²⁹ Também designado por Baquetamento Digital, caracterizado por dedos em baqueta de tambor. Ver figura seguinte.



O **Hipopcratismo Digital** caracteriza-se pelo espessamento e achatamento das extremidades dos dedos e articulações. Este aspecto deve-se à falta de oxigénio crónica nos tecidos.

**(1) Crises de Spell:
importante saber!**

O que pode desencadear uma crise?

- (1) O choro
- (2) O esforço da alimentação
- (3) Esforço em eliminar fezes
- (4) Procedimentos stressantes

(2) Para ajudar a reverter esta crise, coloque a criança em posição genupeitoral (cócoras), ou no colo realizando pressão nas pernas contra a barriga.



(3) É muito importante corrigir estas crises rapidamente para evitar danos cerebrais por ausência de oxigénio nos tecidos.

Avise o seu Enfermeiro/ Médico!



Tronco Arterial Comum

Falha na divisão de um vaso em 2, artéria aorta e pulmonar, durante a gestação do bebê. Assim sendo, a existência de um só vaso permite a mistura do sangue com oxigênio com o outro não oxigenado.

Sinais e sintomas

- (1) Sinais de ICC moderada/grave
- (2) Cianose variável (tom azul)
- (3) Pouco crescimento
- (4) Não toleram o exercício físico
- (5) Sopro cardíaco característico

.: Sinais e sintomas ESPECIFICOS das Cardiopatias **Acianóticas** .:



Comunicação Interventricular

Abertura anormal entre os ventrículos, que pode assumir diversos tamanhos e gravidades, permitindo a passagem de sangue de um para o outro. Esta passagem é condicionada por diferentes pressões, migrando o sangue do ventrículo com mais pressão, para o que está sujeito a menos (*shunt direito-esquerdo ou esquerdo-direito*).

Sinais e sintomas

- (1) Sinais de ICC (mais comum)
- (2) Risco de **Endocardite Bacteriana**³⁰
- (3) Risco de **Doença Pulmonar**
- (4) Risco de **Síndrome de Eisenmenger**³¹

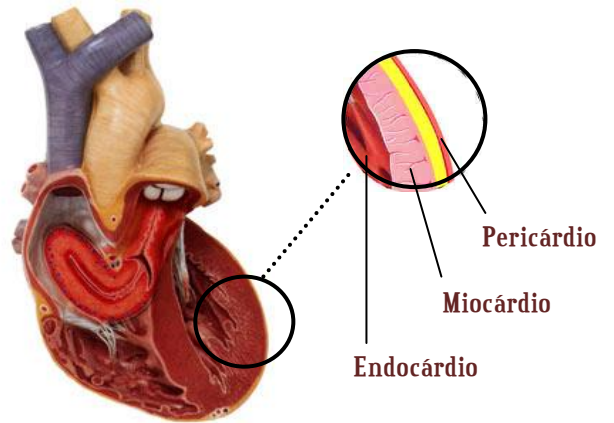
³⁰ Ver Caixa de Texto "Saiba mais sobre Endocardite Bacteriana!"

³¹ Ver Caixa de Texto "O que é o Síndrome de Eisenmenger?"



Saiba mais sobre Endocardite Bacteriana!

O coração é revestido por 3 camadas: o **pericárdio** (camada externa protectora), o **miocárdio** (camada muscular responsável pelo trabalho cardíaco) e o **endocárdio** (camada que reveste o interior do coração). Todas elas estão sujeitas a inflamação ou infecção de acordo com o seu nome de origem: no **pericárdio** - pericardite; no **miocárdio** - miocardite e no **endocárdio** - endocardite. A Endocardite Bacteriana ou Infeciosa é assim, uma inflamação do **endocárdio** e das **válvulas** por **microorganismos** (bactérias ou fungos). Normalmente crianças que possuam um problema nas válvulas cardíacas ou uma comunicação entre aurículas e ventrículos (mais frequente), têm mais risco de desenvolver esta inflamação. Potencialmente perigosa, a Endocardite é hoje tratada com antibióticos em internamento hospitalar, no entanto em muitos casos chega a ser fatal.



..: Sinais e sintomas ..

- (1) Febre inexplicada
- (2) Recusa alimentar
- (3) Perda de peso
- (4) Indisposição
- (5) Pintas vermelhas na boca (petéquias)
- (6) Arritmia cardíaca
- (7) Alteração do sopro cardíaco



Como posso ajudar a prevenir uma Endocardite?

A maior porta de entrada de microorganismos no corpo humano que podem originar uma inflamação destas é a boca ³² e o sistema urinário ³³. Assim, fornecemos alguns conselhos práticos, seguidamente, relacionados com alguns cuidados que deve manter com estes dois sistemas:



Cuidados Orais

- (1) Incentivar a criança a **escovar os dentes 2 vezes ao dia**
- (2) Incentivar a **utilização do fio dentário** quando mais crescidos
- (3) **Limitar os lanches açucarados**
- (4) **Visitar o dentista regularmente depois dos 2 anos de idade**

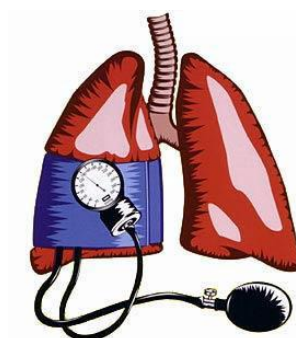


Higiene Cuidada dos Genitais

- (1) Deve mudar a fralda ao bebé em cada mamada ou sempre que necessário, para evitar o contacto prolongado das fezes com o sistema urinário (especialmente nas meninas)

O que é o Síndrome de Eisenmenger?

Este síndrome respeita o *shunt direita-esquerda* secundário à elevada pressão sobre o ventrículo direito (hipertensão pulmonar), decorrente da resistência oferecida pela artéria pulmonar.



³² Ver Anexo I "Saúde Oral nas Crianças" para mais informações detalhadas sobre o tema.

³³ Ver Anexo II "Higiene Íntima na Criança" para mais informações detalhadas sobre o tema.



Persistência do Canal Arterial

Persistência da abertura entre a artéria aorta e pulmonar, que devia normalmente fechar com o nascimento da criança. Permite uma saída do sangue da aorta para a artéria pulmonar, ou seja um desvio esquerda-direita.

Sinais e sintomas

- (1) Sem sintomas (ou 2-5)]
- (2) Sinais de ICC
- (3) Sopro característico
- (4) Risco de Endocardite Bacteriana
- (5) Risco de Doença Pulmonar



Comunicação Interauricular

Abertura anormal entre as aurículas, permitindo que o sangue flua da esquerda para a direita (da aurícula sujeita a mais pressão para a outra).

Sinais e sintomas

- (1) Sem sintomas ou [...]
- (2) Sinais de ICC
- (3) Sopro Característico
- (4) Risco de Arritmias
- (5) Risco de Doença Pulmonar

1.4| E se o meu filho necessitar de Cirurgia Cardíaca?



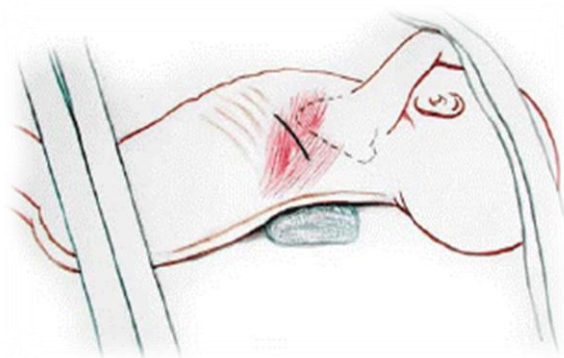
Actualmente é possível corrigir algumas destas malformações congénitas com poucos efeitos secundários e baixa mortalidade. Algumas destas Cardiopatias Congénitas não permitem intervenções que solucionem de imediato os seus problemas³⁴, conferindo primeiro qualidade de vida à criança até atingir a idade em

³⁴ Designadas por Cirurgias Paliativas; melhoram os sintomas do problema.



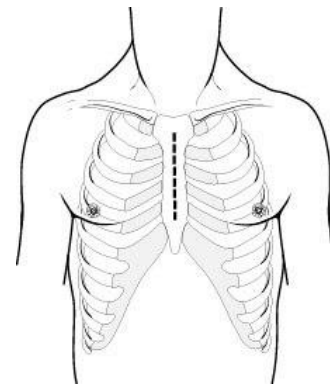
que possa ser operada de vez³⁵.

A cirurgia cardíaca pode ser um procedimento muito simples como algo complexo, chegando mesmo a demorar inúmeras horas. Pode envolver a abertura do coração para corrigir defeitos internos ou para corrigir defeitos nos vasos, externos ao coração. **Existem dois modos de abordar o coração: através da toracotomia ou da esternotomia.**



Toracotomia

(abertura entre as costelas)



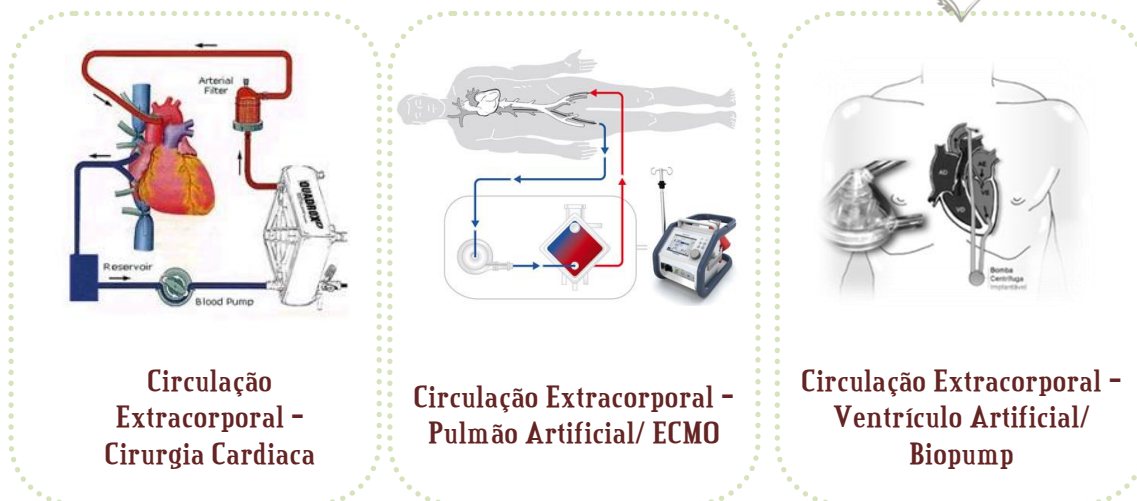
Esternotomia

(abertura no osso do peito)

Por vezes, torna-se necessária a utilização de circulação extracorporeal³⁶ durante as cirurgias, do coração artificial (Biopump) e do pulmão artificial (ECMO): direccionando o sangue para cânulas que se encontram fora do corpo do bebé, permitindo que se possa trabalhar sobre um coração ou pulmão em descanso. **Como se conseguiria de outra forma operar delicadamente estes órgãos que trabalham de forma rápida? Não se conseguia: só mesmo em descanso. Assim surgem estas técnicas inovadoras que permitem aos cirurgiões, trabalhar de forma delicada sem grandes tumultos.**

³⁵ Designadas por Cirurgias Correctivas; há correcção do problema.

³⁶ Circulação Extracorporeal: a circulação do sangue faz-se externamente ao corpo. O sangue sai através de uma cânula, passa por uma bomba que impulsiona, oxigena e aquece o mesmo e regressa ao corpo através de uma outra cânula.



Todas estas técnicas substituem uma função ou mais do organismo, oxigenando o sangue, aquecendo o sangue e impulsionando-o para todo o corpo enquanto é realizada a cirurgia. Depois da cirurgia cardíaca, a criança é transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos, para receber monitorização contínua e rigorosa³⁷ durante alguns dias. É normal que a criança permaneça adormecida durante algum tempo (coma induzido³⁸), para que descanse depois da cirurgia. Deve tocar-lhe e falar-lhe num tom baixo e carinhoso, porque mesmo que o seu filho não lhe responda pode conseguir ouvi-lo; dando-lhe confiança e segurança ao perceber que está lá. Mesmo nos Cuidados Intensivos pode permanecer 24h junto dele.

O tipo e o momento da correcção cirúrgica do problema cardíaco, dependem do estado que a criança apresenta e do tipo/ gravidade do seu problema. De um modo geral os sintomas que indicam a necessidade de uma cirurgia são:

- .. **Pele, lábios e unhas cinzentos/azulados**
- .. **Dificuldade respiratória (pulmões congestionados ou cheios de líquido)**
- .. **Problemas no ritmo cardíaco (arritmias)**
- .. **Coração cansado, interferindo na alimentação, respiração ou sono**

³⁷ Monitorização do batimento cardíaco, das tensões arteriais, da percentagem de oxigénio que têm no sangue entre outros parâmetros.

³⁸ O coma induzido não é mais do que um adormecimento da criança até um estado de sono profundo, provocado por drogas sedativas e analgésicas (como uma anestesia geral).



2| Cuidar da Criança com **Cardiopatia Congénita**

2.1| **Alimentação da Criança**



A cardiopatia congénita pode por vezes ser um obstáculo à amamentação materna, porque é normalmente geradora de algum cansaço. O acto de sugar é uma actividade que exige muito esforço podendo causar fadiga e agravar o quadro de falta de ar, sendo por isso preferível que se alimentem com menos quantidade de leite mas mais vezes. Em crianças maiores a dificuldade respiratória e o cansaço interferem com a capacidade de mastigar e deglutir (devem ser amamentadas na posição semi-sentada no colo da mãe).

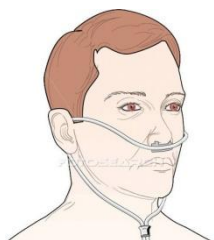
Os últimos estudos efectuados, anunciam que a alimentação por tetina exige menos esforço ao bebé do que a amamentação, mantendo estáveis os níveis de saturação de oxigénio³⁹ bem como a temperatura corporal.

Na maioria das vezes, as crianças com cardiopatia congénita **necessitam de um suporte de oxigénio para assegurar as actividades que exijam algum esforço, sendo necessária a colocação de uma sonda nasolabial⁴⁰, mantendo-as ligadas a um monitor que fará a leitura dos batimentos cardíacos e das saturações de oxigénio, para assim se poder gerir a quantidade de oxigénio a fornecer ao bebé.** No caso de a alimentação se tornar uma actividade para a qual não têm tolerância, manifestando cansaço evidente e falta de ar, é colocada uma sonda orogástrica⁴¹ para assim se poder alimentar o bebé (com leite materno ou adaptado) mesmo enquanto dorme, conservando a sua energia.

³⁹ Saturações de Oxigénio: quantidade de oxigénio que a criança tem no sangue, avaliadas através de um saturímetro (leitor que faz esta medição).

⁴⁰ Uma sonda colocada entre o nariz e o lábio da criança, que permite a inalação de oxigénio através de umas aberturas na própria sonda, semelhante a uma cânula nasal.

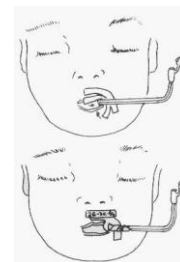
⁴¹ Sonda colocada através da boca até ao estômago do bebé, permitindo alimentá-lo.



Cânula Nasal



Monitor



Sonda Orogástrica

As necessidades calóricas básicas relacionadas com o crescimento e desenvolvimento da criança devem ser plenamente atendidas. Na primeira infância deve encorajar-se uma **alimentação pobre em gorduras totais, saturadas e em colesterol**, para assim evitar o **risco de doenças crónicas no futuro**. Em crianças com cardiopatia congénita, a alimentação **diversificada e rica em ferro bem como a amamentação**, devem ser recomendadas para **diminuir o risco de anemia, aumentar a resistência a infecções, melhorar a regulação da temperatura corporal e o seu desempenho**⁴². De acordo com a Direcção Geral de Saúde e a Sociedade Portuguesa de Pediatria, a **alimentação suplementar só deve ser iniciada aos 6 meses de idade de forma gradual e lenta, mantendo o leite materno até aos 2 anos**, sem rigidez nem horários de acordo com a vontade da criança e da mãe em manter a amamentação. **No entanto, quando uma criança com doença cardíaca se encontra internada, é complicado manter o aleitamento materno exclusivo porque as suas necessidades energéticas aumentam, quer por ter sido submetida a uma cirurgia ou se encontrar em processo de descompensação da própria doença, altura em que se exige uma maior reserva calórica.**

Mas porque é que as crianças com doença cardíaca, apresentam pouco desenvolvimento físico (estatura e peso)?

⁴² Ver melhor **2.1.1 Que cuidados devem existir na sua alimentação?**



Nos estudos recentes, a existência de uma cardiopatia congénita parece influenciar o desenvolvimento físico da criança, conferindo-lhes uma **aparência magra e por vezes desnutrida**. Como estas crianças apresentam um **estado hipermetabólico**⁴³, existe um retardo no seu desenvolvimento e crescimento, juntamente com uma **inadequada ingestão de calorias e má absorção de nutrientes**. O facto de estas crianças se encontrarem expostas a **baixas graves de oxigénio no sangue**, condicionadas pela sua doença cardíaca, estão mais sujeitas a desenvolver **anorexia**⁴⁴ e levar a uma **diminuição da ingestão de alimentos**, resultando num **deficiente desenvolvimento físico**.

.....

Como as crianças muitas vezes manifestam falta de apetite, sensação de náuseas ou vômitos após a alimentação e, os mais pequeninos bolsam após as mamadas; devem fazer-se cumprir algumas regras básicas para **evitar o refluxo**⁴⁵ e a **aspiração de vômito**, como:

- (1) Manter o repouso no leito
- (2) Manter a cabeceira do leito elevada durante e após a alimentação: 30 min.
- (3) Oferecer uma dieta fraccionada e atractiva para as crianças:
pouco de cada vez mas muitas vezes ao dia

⁴³ Estado hipermetabólico: estado em que o seu metabolismo (capacidade de degradar e absorver nutrientes) se encontra acelerado, manifestado pelo elevado ritmo cardíaco e respiratório.

⁴⁴ Anorexia: disfunção alimentar caracterizada por uma dieta insuficiente e inadequada, que não permite ganhar peso.

⁴⁵ Refluxo Gastroesofágico: quando os alimentos migram do estômago até à boca.



2.1.1| Que cuidados devem existir na sua alimentação?



Para que a criança com Cardiopatia Congênita tenha um bom resultado no tratamento da doença, é necessária uma alimentação saudável, pois elas gastam mais energia que as crianças normais. **Uma alimentação saudável ajuda muito na recuperação de uma cirurgia ou de uma infecção.**

O melhor alimento é o leite materno que contém todos os nutrientes que elas precisam para crescerem bem e com saúde, no entanto as que não fazem uso deste leite podem fazê-lo de outro, desde que aconselhado pelo médico pediatra.

Não existe leite específico para a criança com doença cardíaca.



As crianças maiores devem realizar uma alimentação diversificada, à base de leite, cereais, vegetais, frutas, carnes e ovos. **As crianças portadoras de cardiopatias devem evitar consumir alimentos muito salgados ou ricos em gorduras, porque estes alimentos podem levar ao agravamento da doença⁴⁶. Procure oferecer alimentos ricos em ferro⁴⁷, tais como: carnes vermelhas, fígado, feijão e vegetais verde-escuros, pois eles evitam a anemia que é muito prejudicial para estas crianças⁴⁸.**

No quadro seguinte pode encontrar de forma simplificada, **os alimentos que a criança com doença cardíaca deve consumir de forma moderada, por forma a evitar 3 graves problemas de saúde: tensão alta, colesterol alto e diabetes.**

⁴⁶ Podem desenvolver tensão alta, diabetes mellitus e aumento do mau colesterol.

⁴⁷ Procure o Anexo III "Tabela Nutricional" para obter informação mais detalhada.

⁴⁸ Procure o Anexos IV "Nutrientes e Macrominerais" para obter informação mais detalhada.



Tabela n.2| Prevenção de Colesterol Alto, Tensão Alta e Diabetes Mellitus

Consumo Moderado

Carne	Evitar
Aves sem pele Carnes Magras ⁴⁹	Carne Vermelha Gorda Porco Miúdos Carneiro Cabrito Frios ⁵⁰
Peixe	
Todos	Camarão Lagosta Frutos do Mar
Lactínicos	
Leite Desnatado Leite Semi-desnatado Iogurte Desnatado Queijo branco fresco Queijo Ricota Requeijão light	Leite Integral Manteiga Creme de Leite Queijos Gordos
Sobremesa	
Fruta	Com creme Doce
Ovos	
Claros	Gemas (até 2/semana)
Pães e Cereais	
Integrais	Torta Bolos Biscoitos
Massas ⁵¹	Gemas
Arroz	
Macarrão	Ovos
Leguminosas ⁵²	Congelados Enlatados Frutos Secos Azeitonas
Cereais Integrais ⁵³	

⁴⁹ Cozidas, assadas ou grelhadas

⁵⁰ Presunto, mortadela, linguiça, salsicha

⁵¹ Preparadas com óleos vegetais

⁵² Feijão, lentilhas, ervilhas secas

⁵³ Aveia, trigo, centeio



Gorduras e Óleos

	Banha de Porco
	Bacon
	Manteiga
	Margarina
	Maionese
	Mostarda
	Ketchup
	Aquecer o Azeite
	Fritos
	Caldo de Carne
	Molho Inglês
	Pimenta
Vegetais Insaturados ⁵⁴	
Margarina Dietética	

Recomendações

- . Preparar todos os alimentos sem sal⁵⁵ .
- . Abusar dos temperos: limão, alho e cebola .
- . Substituir o pão com sal pelo pão sem sal .
- . Usar de preferência: óleo de girassol, milho ou soja no preparo dos alimentos .
- . Evitar bebidas alcoólicas, café e refrigerantes .

Anemia

Entende-se como anemia, a diminuição dos glóbulos vermelhos⁵⁶ do sangue abaixo do nível considerado normal. Calcula-se que em 90% das crianças e adolescentes, a principal causa de anemia é a carência de ferro⁵⁷, sendo o ferro utilizado pelo organismo para produzir glóbulos vermelhos. Apesar da grande necessidade infantil em ferro, geralmente a sua alimentação é pobre em alimentos que contenham esse mineral, tornando-se complicado obter todo o ferro necessário

⁵⁴ De oliva, girassol ou soja

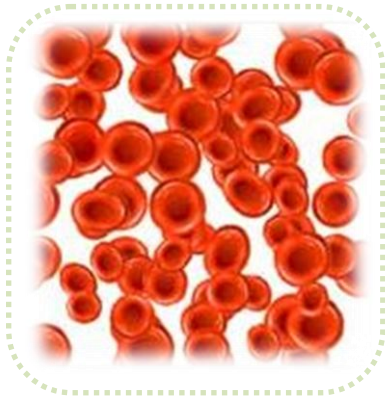
⁵⁵ se utilizar apenas 2 colheres de café rasas de sal por dia

⁵⁶ Responsáveis pelo transporte do sangue.

⁵⁷ Designada por Anemia Ferropriva (anemia por privação de ferro)



através dos alimentos. Em muitos casos, o médico pediatra, aconselha suplementos de ferro a crianças que estejam a ser exclusivamente amamentadas, ou já com alimentação diversificada.



Número de Glóbulos Vermelhos Normal



Número de Glóbulos Vermelhos Baixo: anemia

Nas crianças com doença cardíaca, acima de qualquer outra criança, a alimentação deve ser rica em ferro, podendo este ser encontrado em alimentos como: a carne de vaca, o frango, o peixe, a gema do ovo, o feijão, a soja, a lentilha, a ervilha, os espinafres, os brócolos, a couve e as verduras com folhagem mais escura. Para potenciar a absorção do ferro, deve providenciar a ingestão de alimentos que contenham ácido ascórbico e ácido cítrico, como as frutas cítricas (laranjas, tangerinas, limão e lima).

Sinais de Anemia

A anemia leve normalmente não provoca sintomas. Neste tipo de anemia, os glóbulos vermelhos já sentem dificuldade em transportar o oxigénio às células e aos tecidos, no entanto o organismo assume mecanismos compensatórios que



minimizam os seus efeitos. Quando esta anemia se agrava, o organismo não consegue compensar esta falta de glóbulos vermelhos, permitindo o aparecer de:

. Palidez da pele e das mucosas⁵⁸ .

. Fraqueza.

. Cansaço.

. Sonolência.

. Tonturas.

. Batimentos cardíacos acelerados .

. Falta de ar com os exercícios .

. Descamação da pele .

. Irritabilidade .

. Anorexia⁵⁹ .

⁵⁸ Mucosa: membrana que reveste as camadas húmidas do corpo.

⁵⁹ Anorexia ou falta de apetite.



2.2| A Actividade Física da Criança: exercício físico Vs repouso



As restrições de actividade física da criança em casa, devem ser discutidas com o seu cardiologista. Habitualmente não é necessário limitar a sua actividade, porque elas facilmente percebem o que lhe provoca cansaço extremo ou não. **Devem assim, ser tratadas como crianças.**

A criança com Cardiopatia Congénita, deve frequentar a escola normalmente e realizar desporto, de acordo com o tipo de doença cardíaca que possui (de acordo com a indicação do médico). **Como qualquer outra necessita de se manter activa e praticar exercício físico para um correcto desenvolvimento e maior integração social.** Há casos que evidenciam, que mesmo após a cirurgia ao coração, os pais não permitem às crianças executar algumas actividades e exercício físico que exija esforço, devido: à **superprotecção familiar e à falta de orientação do médico quanto à liberação e adequação de exercícios à criança**, originando o sedentarismo, totalmente prejudicial á sua saúde

.....

Crianças com doença cardíaca, sem a correcta orientação, costumam encontrar-se restritas no desempenho de exercício e de actividades básicas do dia-a-dia, fazendo com que sejam discriminadas nos diversos locais de convívio com outras crianças e também no seio da família.



Estas crianças podem apresentar distúrbios sociais e emocionais, caso quem o rodeie se centre somente no seu coração e não em si: como um todo!

.....



2.2.1| Que tipo de desportos pode praticar?



Quando o diagnóstico e o tratamento da cardiopatia na criança, é realizado em tempo útil, pode permitir-lhe não só a cura como a melhoria da sua qualidade de vida, constituindo um adulto socialmente activo. As tabelas seguintes espelham a relação existente entre a cardiopatia congénita e o exercício físico, fornecendo a ideia de que um depende directamente do outro, ou seja, a tolerância ao exercício físico praticado depende da complexidade da doença da criança. Assim sendo:

Cardiopatias: Menos Complexas Vs Exercício Físico	Cardiopatias: Complexas Vs Exercício Físico
Nas que apresentam um bom resultado após cirurgia, a criança pode ter um desempenho físico semelhante à criança sem doença . Deve ser sempre realizada uma avaliação funcional.	As lesões provocadas nos tecidos pela complexidade da doença, são responsáveis na sua maioria pela baixa capacidade física, no entanto a inactividade habitual ou forçada aumentam ainda mais a sua intolerância ao exercício . Estas crianças devem ser incluídas num programa de reabilitação cardíaca , no sentido de reverter parcialmente esses efeitos negativos da doença, assim como integrar posteriormente um ginásio onde possa praticar desportos apropriados à sua condição física.



O exercício físico competitivo deve ser permitido após uma avaliação individual e rigorosa. **Todas as crianças devem ser incentivadas à prática de exercício físico, após esta avaliação, salvaguardando a sua vigilância durante o mesmo.**



Tabela n.º3| Actividade Física de acordo com o Tipo de Doença

Sem Limitações (desporto escolar competitivo e de contacto)	Exercício Moderado (educação física e jogos em grupo)	Exercício Leve (educação física e jogos em grupo leves)	Moderada Limitação (actividades escolares normais sem educação física)
Pós - operatório CIA ⁶⁰ , CIV ⁶¹ , PCA ⁶² e T4F ⁶³	Pós-operatório de TGV ⁶⁴	Hipertensão Pulmonar Moderada	Hipertensão Pulmonar Severa e Taquicardia Ventricular ⁶⁵

Tabela n.º4| Desportos com Risco de Contacto ou Colisão

Contacto e Colisão	Contacto Limitado	Sem Contacto		
		Intensidade		
		Alta	Moderada	Leve
	Basebol			
Boxe	Voleibol			
Artes	Ciclismo			
Marciais	Mergulho	Natação		
Futebol	Patinagem	Corrida		
Basquetebol	Squash	Ténis	Badminton	
Hóquei no	Ginástica	Levantamento	Ténis Mesa	Arco e Flexa
Gelo	Hipismo	de Pesos	Tiro	Golfe
Rúgbi	Esgrima	Dança		
Andebol	Atletismo	Vela		
Pólo Aquático	Canoagem			
	Skate			

⁶⁰ Comunicação Interauricular

⁶¹ Comunicação Interventricular

⁶² Persistência do Canal Arterial

⁶³ Tetralogia de Fallot

⁶⁴ Transposição dos Grandes Vasos

⁶⁵ Frequência cardíaca alta do ventrículo



3|Bibliografia

- I. Gomes, ACM. Cuidar do recém-nascido com cardiopatias congênitas e sua família numa unidade de cuidados intensivos e neonatologia. *Nursing*. 2010; 1-4
- II. Silva JG, Brito AV. Defeito do septo aurículo-ventricular: um caso clínico. *Medicina Interna*. 2003; 10 (1): 35-39
- III. Born D. Cardiopatias Congênitas. *Directrizes*. 2009; 93(1): 130-132
- IV. Gimenez S *et al*. Avaliação pulmonar em crianças portadoras de cardiopatias congênitas cianóticas e hiperfluxo pulmonar através de tomografia computadorizada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2009; 59(5): 545-557
- V. Rivera IR *et al*. Cardiopatias congênitas no recém-nascido: da solicitação do pediatra à avaliação do cardiologista. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2009; 89(1): 6-10
- VI. Jordan BH. Control de los niños con cardiopatias congênitas en atención primaria. *Revista Pediatria de Atención Primaria*. 2009; XI(44): 639-655
- VII. Kobinger MEBA. Avaliação do sopro cardíaco na infância. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(1): 87-96
- VIII. Albrecht A. Eisenmenger: doença e história. *Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 2004; XIII(1): 1-2
- IX. Daudt NS. Acompanhamento tardio das cardiopatias congênitas. *Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 2004; XIII(1): 1-4
- X. Miyague NI. Persistência do canal arterial. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(6): 429-430
- XI. Santos W *et al*. Um caso raro da longevidade da Tetralogia de Fallot. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2009; 28(4): 473-477
- XII. Monteiro FPM *et al*. Avaliação do estado nutricional de crianças com cardiopatias congênitas sob a ótica de Pender. *Revista de Enfermagem do Rio de Janeiro*. 2009; 17(4): 581-588
- XIII. Pinheiro MG *et al*. Comprometimento do desenvolvimento pondero-estatural em crianças portadoras de cardiopatias congênitas com shunt cianogênico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008; 21(2): 98-102



- XIV. Vieira TCL *et al.* Avaliação do consumo alimentar de crianças de 0-24 meses com cardiopatias congênitas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2007; 89(4): 219-224
- XV. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*. 2000; 76(3): 285-297
- XVI. Lacerda E, Cunha AJ. Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Panamá Saúde Pública*. 2001; 9(5): 294-301
- XVII. Pfeiffer MET. Actividade física em crianças e adolescentes cardiopatas. *DERC*. 2009; 24-25
- XVIII. Castello V *et al.* Actividade autonómica em uma adolescente com ventrículo único submetida à intervenção fisioterapêutica: relato de caso. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2008; 12(2): 157-160
- XIX. Petkowics RO. Cardiopatias congênitas e exercício. *Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 2006; XV(9): 1-4



Anexos



Anexo I :: Saúde Oral nas Crianças

A maioria dos dentistas recomenda a primeira visita por volta dos 2 anos de idade, pois permite-lhes a oportunidade de controlar o seu crescimento e desenvolvimento dentário. É muito importante que torne a visita ao médico dentista uma experiência positiva, pois desta forma aumentará as hipóteses da criança de o visitar regularmente sem transtorno, ao longo da vida.

[1] Como evitar as Cáries de "Biberão"?



As cáries de "biberão" são provocadas pela exposição frequente e demorada dos dentes a líquidos que contêm açúcar. Os líquidos açucarados depositam-se à volta dos dentes durante longos períodos enquanto o bebé dorme, conduzindo à formação de cáries.

Que líquidos?

- (1) Leite
- (2) Papas
- (3) Sumos de Fruta

Como prevenir?

- (1) Não deixe que o bebé adormeça com o biberão de sumo ou leite na boca
- (2) Na hora da sesta ofereça-lhe a chupeta
- (3) Após cada refeição, limpe os dentes com uma compressa húmida



[2] O que fazer quando os dentes começarem a nascer?

Os dentes começam a nascer por volta dos 6 meses e continuam até aos 3 anos. Isto faz com que muitas crianças fiquem com as gengivas muito sensíveis o que as torna irritadas.



O que posso fazer para ajudar?

- (1) Esfregar as gengivas com o seu dedo (previamente lavado)
- (2) Aplicar uma colher gelada nas gengivas (atenua a dor)
- (3) Aplicar o anel de dentição previamente colocado no frigorífico
- (4) Aplicar um gel analgésico nas gengivas se aconselhado pelo seu Enfermeiro ou Médico

[3] Como escovar os dentes de leite?

É uma boa ideia vigiar a escovagem do seu filho até aos 6 anos de idade, seguindo estes passos:



- (1) Use uma pequena quantidade de pasta dentífrica com flúor (se a criança tender a engolir a pasta de dentes, escove sem pasta)
- (2) Use uma escova de filamentos suaves (próprias para crianças)

-
- (1) Escove a parte interna de todos os dentes (da frente para trás)
 - (2) Escove suavemente junto à linha da gengiva ainda na parte interior da boca
 - (3) Escove a parte externa de todos os dentes
 - (4) Escove suavemente junto à linha da gengiva ainda na parte exterior da boca



Anexo II :: Higiene Íntima nas Crianças

A higiene dos genitais deve fazer-se a cada mudança de fralda. Os produtos utilizados nesta higiene devem ser os mais neutros possíveis para não agredir a pele e as mucosas frágeis do bebé.

Que produtos utilizar?

- (1) Toalhitas macias próprias para higiene íntima do bebé: **sem álcool**
- (2) Toalhitas com água e sabão neutro (glicerina)

De que forma devemos realizar esta higiene íntima do bebé?

.: Nas Meninas .:

- (1) Sempre da frente para trás
- (2) Limpar primeiro os lábios maiores e depois os menores
- (3) Limpar o interior da vagina com muito cuidado
- (4) Nunca colocar cremes ou pós dentro da vagina





.: **Nos Meninos** .:

- (1) Limpar cuidadosamente as virilhas
- (2) Limpar o pénis e os testículos
- (3) Levante com cuidado o pénis para poder abordar a zona que fica entre este e os testículos
- (4) Aplicar creme protector nas virilhas e testículos para evitar assaduras



As meninas estão mais sujeitas a infecções urinárias devido à sua anatomia
(possuem uma uretra mais curta que os meninos e por isso o trajecto a percorrer pelos microorganismos é menor: chegam mais rápido!)



Anexo III :: Tabela Nutricional

Leguminosas :: Abóbora

205g : 79,95 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA A	7291.85 IU	Excelente
VITAMINA C	19.68 mg	Muito bom
POTÁSSIO	895.85 mg	Muito bom
FIBRAS	5.74 g	Muito bom
MANGANÉSIO	0.43 mg	Muito bom
FOLATOS	57.40 mcg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.34 g	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.17 mg	Bom
COBRE	0.19 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0.03 g	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.15 mg	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	1.44 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	0.72 mg	Bom

Leguminosas :: Aipo

120g: 19.20 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	35.26 mcg	Excelente
VITAMINA C	8.40 mg	Excelente
POTÁSSIO	344.40 mg	Muito bom



FOLATOS	33,60 mcg	Muito bom
FIBRAS	2,04 g	Muito bom
MOLIBDÊNIO	6,00 mcg	Muito bom
MANGANÉSIO	0,12 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0,10 mg	Muito bom
CÁLCIO	48,00 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0,06 mg	Bom
MAGNÉSIO	13,20 mg	Bom
VITAMINA A	160,80 IU	Bom
TRIPTOFANO	0,01 g	Bom
FÓSFORO	30,00 mg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0,05 mg	Bom
FERRO	0,48 mg	Bom

Leguminosas :: Alface

112g: 15,68 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	114,80 mcg	Excelente
VITAMINA A	2912,00 IU	Excelente
VITAMINA C	26,88 mg	Excelente
FOLATOS	151,98 mcg	Excelente
MANGANÉSIO	0,71 mg	Excelente
CRÓMIO	15,68 mcg	Excelente
POTÁSSIO	324,80 mg	Muito bom
MOLIBDÊNIO	6,72 mcg	Muito bom
FIBRAS	1,90 g	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0,11 mg	Muito bom
FERRO	1,23 mg	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0,11 mg	Muito bom
FÓSFORO	50,40 mg	Muito bom



CÁLCIO	40.32 mg	Bom
PROTEÍNAS	1.81 g	Bom
OMEGA 3	0.08 g	Bom
TRIPTOFANOS	0.01 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.56 mg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.05 mg	Bom

Leguminosas :: Alho

28,35g: 42.24 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉSIO	0.47 mg	Excelente
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.35 mg	Muito bom
VITAMINA C	8.85 mg	Muito bom
TRIPTOFANOS	0.02 g	Bom
SELÊNIO	4.03 mcg	Bom
CÁLCIO	51.31 mg	Bom
FÓSFORO	43.38 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.06 mg	Bom
COBRE	0.08 mg	Bom
PROTEÍNAS	1.80 g	Bom

Leguminosas :: Alho Francês

51g: 16.11 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉSIO	0.13 mg	Muito bom
VITAMINA C	2.18 mg	Bom
FERRO	0.57 mg	Bom
FOLATOS	12.64 mcg	Bom



VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.06 mg	Bom
--------------------------	---------	-----

Leguminosas :: Batata

122g: 133,12 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	15.74 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.42 mg	Bom
COBRE	0.37 mg	Bom
POTÁSSIO	509.96 mg	Bom
MANGANÉSIO	0.28 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0.04 g	Bom
FIBRAS	2.93 g	Bom

Leguminosas :: Beringela

99g: 27,68 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
FIBRAS	2.48 g	Muito bom
POTÁSSIO	245.52 mg	Muito bom
MANGANÉSIO	0.13 mg	Muito bom
COBRE	0.11 mg	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.08 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.09 mg	Bom
FOLATOS	14.26 mcg	Bom
MAGNÉSIO	12.87 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0.01 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.59 mg	Bom



Leguminosas :: Beringela

156g: 43,73 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	123.40 mg	Excelente
VITAMINA K	155.20 mcg	Excelente
VITAMINA A	2280.72 IU	Excelente
FOLATOS	93.91 mcg	Excelente
FIBRAS	4.68 g	Excelente
MANGANÉSIO	0.34 mg	Muito bom
TRIPTOFANO	0.05 g	Muito bom
POTÁSSIO	505.44 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.22 mg	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.18 mg	Muito bom
FÓSFORO	102.80 mg	Muito bom
MAGNÉSIO	39.00 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	4.66 g	Muito bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.20 g	Muito bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	0.79 mg	Bom
FERRO	1.37 mg	Bom
CÁLCIO	74.72 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.09 mg	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.94 mg	Bom
ZINCO	0.62 mg	Bom
VITAMINA E	0.75 mg	Bom



Leguminosas :: Cebola

160,10g: 60,90 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
CRÓMIO	24,80 mcg	Muito bom
VITAMIN C	10,24 mg	Muito bom
FIBRAS	2,88 g	Muito bom
MANGANÉSIO	0,22 mg	Bom
MOLIBDÊNIO	8,00 mcg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0,19 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0,03 g	Bom
FOLATOS	30,40 mcg	Bom
POTÁSSIO	251,20 mg	Bom
FÓSFORO	52,80 mg	Bom
COBRE	0,10 mg	Bom

Leguminosas :: Cenoura

122g: 53,02 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA A	34317,40 U	Excelente
VITAMINA K	16,10 mcg	Muito bom
VITAMINA C	11,35 mg	Muito bom
FIBRAS	3,66 g	Muito bom
POTÁSSIO	394,06 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0,18 mg	Bom
MANGANÉSIO	0,17 mg	Bom
MOLIBDÊNIO	6,10 mcg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0,12 mg	Bom



VITAMIN B3 (NIACIN)	1.13 mg	Bom
FÓSFORO	53.68 mg	Bom
MAGNÉSIO	18.30 mg	Bom
FOLATOS	17.08 mcg	Bom

Leguminosas :: Courgettes

181g: 36 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉSIO	0.38 mg	Excelente
VITAMINA C	9.90 mg	Excelente
MAGNÉSIO	43.20 mg	Muito bom
VITAMINA A	516.60 IU	Muito bom
FIBRAS	2.52 g	Muito bom
POTÁSSIO	345.60 mg	Muito bom
COBRE	0.19 mg	Muito bom
FOLATOS	36.18 mcg	Muito bom
VITAMINA K	6.30 mcg	Muito bom
FÓSFORO	70.20 mg	Muito bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.15 g	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.12 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.08 mg	Bom
CÁLCIO	48.60 mg	Bom
ZINCO	0.70 mg	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.92 mg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.07 mg	Bom
FERRO	0.65 mg	Bom
PROTEÍNAS	1.64 g	Bom
TRIPTOFANOS	0.01 g	Bom



Leguminosas :: Ervilhas

160g: 134.35 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	41.40 mcg	Muito bom
MANGANÉSIO	0.84 mg	Muito bom
VITAMINA C	22.72 mg	Muito bom
FIBRAS	8.80 g	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.41 mg	Muito bom
FOLATOS	101.28 mcg	Muito bom
VITAMINA A	955.20 IU	Bom
TRIPTOFANOS	0.06 g	Bom
FÓSFORO	187.20 mg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.35 mg	Bom
PROTEÍNAS	8.58 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	3.23 mg	Bom
MAGNÉSIO	62.40 mg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.24 mg	Bom
COBRE	0.28 mg	Bom
FERRO	2.46 mg	Bom
ZINCO	1.90 mg	Bom
POTÁSSIO	433.60 mg	Bom

Leguminosas :: Espinafres

180g: 42 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	888.50 mcg	Excelente
VITAMINA A	14742.00 IU	Excelente



MANGANÉSIO	1.68 mg	Excelente
FOLATOS	262.44 mcg	Excelente
MAGNÉSIO	156.60 mg	Excelente
FERRO	6.43 mg	Excelente
VITAMINA C	17.64 mg	Excelente
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.42 mg	Excelente
CÁLCIO	244.80 mg	Excelente
POTÁSSIO	838.80 mg	Excelente
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.44 mg	Excelente
TRIPTOFANOS	0.07 g	Excelente
FIBRAS	4.32 g	Muito bom
COBRE	0.31 mg	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.17 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	5.35 g	Muito bom
FÓSFORO	100.80 mg	Muito bom
ZINCO	1.37 mg	Muito bom
VITAMINA E	1.72 mg	Muito bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.15 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.88 mg	Bom
SELÊNIO	2.70 mcg	Bom

Leguminosas :: Nabo

145g: 30 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	529.34 mcg	Excelente
VITAMINA A	7917.12 IU	Excelente
VITAMINA C	39.46 mg	Excelente
FOLATOS	170.50 mcg	Excelente
MANGANÉSIO	0.49 mg	Excelente
FIBRAS	5.04 g	Excelente



CÁLCIO	197.28 mg	Excelente
COBRE	0.36 mg	Excelente
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.26 mg	Excelente
VITAMINA E	2.48 mg	Excelente
TRIPTOFANOS	0.03 g	Muito bom
POTÁSSIO	292.32 mg	Muito bom
MAGNÉSIO	31.68 mg	Muito bom
FERRO	1.15 mg	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.10 mg	Muito bom
FÓSFORO	41.76 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.06 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	0.39 mg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.09 g	Bom
PROTEÍNAS	1.64 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.59 mg	Bom

Leguminosas :: Tomate

180g: 38,70 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	34.38 mg	Excelente
VITAMINA A	1121.40 IU	Excelente
VITAMINA K	14.22 mcg	Excelente
MOLIBDÊNIO	9.00 mcg	Muito bom
POTÁSSIO	399.60 mg	Muito bom
MANGANÉSIO	0.19 mg	Muito bom
FIBRAS	1.98 g	Muito bom
CRÓMIO	9.00 mcg	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.11 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.14 mg	Bom
FOLATOS	27.00 mcg	Bom



COBRE	0.13 mg	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	1.13 mg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.09 mg	Bom
MAGNÉSIO	19.80 mg	Bom
FERRO	0.81 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	0.44 mg	Bom
FÓSFORO	43.20 mg	Bom
VITAMINA E	0.68 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0.01 g	Bom
PROTEÍNAS	1.53 g	Bom

Carne :: Bife de Vaca

113,35g: 240,05 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.36 g	Excelente
PROTEÍNAS	32.04 g	Muito bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	2.92 mcg	Muito bom
ZINCO	6.33 mg	Bom
SELÊNIO	27.67 mcg	Bom
FÓSFORO	269.89 mg	Bom
VITAMIA B6 (PIRIDOXINA)	0.49 mg	Bom
FERRO	4.05 mg	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	4.44 mg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.35 mg	Bom



Carne :: Frango

113,35g: 229,95 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.39 g	Excelente
VITAMINA B3 (NIACINA)	14.41 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	33.79 g	Muito bom
SELÊNIO	28.01 mcg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.64 mg	Bom
FÓSFORO	242.68 mg	Bom

Carne :: Peru

114g: 215,15 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.35 g	Excelente
PROTEÍNAS	32.56 g	Muito bom
SELÊNIO	33.00 mcg	Muito bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	7.22 mg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.54 mg	Bom
FÓSFORO	238.14 mg	Bom



Lacticínios :: Iogurte

245g: 155.20 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
iodo	87.22 mcg	Muito bom
cálcio	447.37 mg	Muito bom
fósforo	351.58 mg	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.52 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	12.86 g	Bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	1.38 mcg	Bom
TRIPTOFANOS	0.06 g	Bom
POTÁSSIO	572.81 mg	Bom
MOLIBDÊNIO	11.27 mcg	Bom
ZINCO	2.18 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	1.45 mg	Bom

Lacticínios :: Leite Magro

244g: 120,70 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICADA
iodo	58.56 mcg	Muito bom
TRIPTOFANOS	0.10 g	Muito bom
cálcio	296.70 mg	Muito bom
VITAMINA D	97.60 IU	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.40 mg	Muito bom
fósforo	232.04 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	8.13 g	Bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	0.89 mcg	Bom



VITAMINA K	9.76 mcg	Bom
POTÁSSIO	376.74 mg	Bom
VITAMINA A	500.20 IU	Bom

Laticínios :: Queijo Magro

28,45g: 72,58 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.08 g	Muito bom
CÁLCIO	183.06 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	6.88 g	Muito bom
FÓSFORO	131.26 mg	Bom
ODO	10.09 mcg	Bom
SELÊNIO	4.08 mcg	Bom

Laticínios :: Ovos

45g: 70 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.07 g	Muito bom
SELÊNIO	13.55 mcg	Muito bom
ODO	23.76 mcg	Muito bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.23 mg	Muito bom
PROTEÍNAS	5.54 g	Bom
MOLIBDÊNIO	7.48 mcg	Bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	0.49 mcg	Bom
FÓSFORO	75.68 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	0.62 mg	Bom
VITAMINA D	22.88 IU	Bom



Frutas :: Abacate

146g: 235,06 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA K	29.20 mcg	Bom
FIBRAS	7.30 g	Bom
POTÁSSIO	874.54 mg	Bom
FOLATOS	90.37 mcg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.41 mg	Bom
VITAMINA C	11.53 mg	Bom
COBRE	0.38 mg	Bom

Frutas :: Banana

118g: 108,66 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.68 mg	Muito bom
VITAMINA C	10.74 mg	Bom
POTÁSSIO	467.28 mg	Bom
FIBRAS	2.83 g	Bom
MANGANÉSIO	0.18 mg	Bom

Frutas :: Kiwi

78g: 47 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	57.00 mg	Excelente
FIBRAS	2.58 g	Muito bom
POTÁSSIO	252.32 mg	Bom



COBRE	0,12 mg	Bom
MAGNÉSIO	22,80 mg	Bom
VITAMINA E	0,85 mg	Bom
MANGANÉSIO	0,08 mg	Bom

Frutas :: Laranja

132g: 62.32 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	69,69 mg	Excelente
FIBRAS	3,13 g	Muito bom
FOLATOS	39,69 mcg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0,11 mg	Bom
POTÁSSIO	237,11 mg	Bom
VITAMINA A	268,55 IU	Bom
CÁLCIO	52,40 mg	Bom

Frutas :: Limão

62g : 16 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	28,06 mg	Excelente

Frutas :: Maçã

138g : 82,12 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
FIBRAS	3,73 g	Bom
VITAMINA C	7,87 mg	Bom



Frutas :: Melancia
152g : 48,72 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	14.59 mg	Excelente
VITAMINA A	556.32 IU	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.22 mg	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.12 mg	Bom
POTÁSSIO	176.32 mg	Bom
MAGNÉSIO	16.72 mg	Bom

Frutas :: Melão
160g : 57 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	67.52 mg	Excelente
VITAMINA A	5158.40 IU	Excelente
POTÁSSIO	494.40 mg	Muito bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.18 mg	Bom
FOLATOS	27.20 mcg	Bom
FIBRAS	1.28 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	0.92 mg	Bom

Frutas :: Morango
145g : 44,12 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA C	81.65 mg	Excelente
MANGANÉSIO	0.42 mg	Excelente



FIBRAS	3.31 g	Muito bom
IODO	12.96 mcg	Muito bom
POTÁSSIO	239.04 mg	Bom
FOLATOS	25.49 mcg	Bom
VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	0.10 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÊNICO)	0.49 mg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.11 g	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.08 mg	Bom
VITAMINA K	3.17 mcg	Bom
MAGNÉSIO	14.40 mg	Bom
COBRE	0.07 mg	Bom

Frutas :: Pêra

166g : 98,0 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
FIBRAS	3.98 g	Bom
VITAMINA C	6.64 mg	Bom
COBRE	0.19 mg	Bom
VITAMINA K	7.47 mcg	Bom

Cereais :: Arroz

195g : 217,12 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉCIO	1.76 mg	Excelente
SELÊNIO	19.11 mcg	Bom
MAGNÉSIO	83.85 mg	Bom
TRIPTOFANOS	0.06 g	Bom



Cereais :: Aveia

234g : 145,04 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉSIO	1.37 mg	Excelente
SELÊNIO	18.95 mcg	Muito bom
TRIPTOFANOS	0.08 g	Bom
FÓSFORO	177.84 mg	Bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.26 mg	Bom
FIBRAS	3.98 g	Bom
MAGNÉSIO	56.16 mg	Bom
PROTEÍNAS	6.08 g	Bom

Cereais :: Milho

165g : 178,00 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.36 mg	Bom
FOLATOS	76.10 mcg	Bom
FIBRAS	4.60 g	Bom
VITAMINA C	10.16 mg	Bom
FÓSFORO	168.92 mg	Bom
MANGANÉSIO	0.32 mg	Bom
VITAMINA B5 (ÁCIDO PANTOTÉNICO)	1.44 mg	Bom



Cereais :: Trigo

183g : 152,12 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
MANGANÉSIO	1.11 mg	Muito bom
FIBRAS	8.19 g	Muito bom
TRIPTOFANOS	0.09 g	Muito bom
MAGNÉSIO	58.24 mg	Bom

Peixe :: Atum

114,05g : 158,34 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.38 g	Excelente
SELÊNIO	53.07 mcg	Excelente
PROTEÍNAS	33.99 g	Excelente
VITAMINA B3 (NIACINA)	13.54 mg	Excelente
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	1.18 mg	Muito bom
VITAMINA B1 (TIAMINA)	0.57 mg	Muito bom
FÓSFORO	277.83 mg	Bom
POTÁSSIO	645.25 mg	Bom
MAGNÉSIO	72.58 mg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0.33 g	Bom



Peixe :: Bacalhau

113,38g : 119,02 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0,29 g	Excelente
SELÊNIO	53,07 mcg	Excelente
PROTEÍNAS	26,03 g	Excelente
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0,52 mg	Muito bom
FÓSFORO	252,88 mg	Muito bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	1,18 mcg	Bom
POTÁSSIO	586,28 mg	Bom
VITAMINA D	63,50 IU	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	2,82 mg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0,32 g	Bom

Peixe :: Camarão

113,50g : 112,43 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0,33 g	Excelente
SELÊNIO	44,91 mcg	Excelente
PROTEÍNAS	23,71 g	Excelente
VITAMINA D	162,39 IU	Muito bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	1,69 mcg	Muito bom
FERRO	3,50 mg	Bom
FÓSFORO	155,36 mg	Bom
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	0,37 g	Bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	2,94 mg	Bom
ZINCO	1,77 mg	Bom
COBRE	0,22 mg	Bom
MAGNÉSIO	38,56 mg	Bom



Peixe :: Salmão

113,35g : 260,95 Calorias



NUTRIENTES	QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO
TRIPTOFANOS	0.33 g	Excelente
VITAMINA D	411.00 IU	Excelente
ÁCIDOS GORDOS (OMEGA 3)	2.09 g	Excelente
SELÊNIO	53.07 mcg	Excelente
PROTEÍNAS	29.14 g	Muito bom
VITAMINA B3 (NIACINA)	11.34 mg	Muito bom
VITAMINA B12 (COBALAMINA)	3.25 mcg	Muito bom
FÓSFORO	420.71 mg	Bom
MAGNÉSIO	138.35 mg	Bom
VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	0.52 mg	Bom

Designação das Medidas

mg :: miligramas

mcg :: microgramas

g :: gramas

IU ou UI :: unidades internacionais



Anexo IV:: Nutrientes e Macrominerais

Macronutrientes	Importância Nutritiva	Onde encontrar?
Hidratos de Carbono (Açúcares)	Produzem energia e funcionam como motor do corpo.	Geleia, mel, feijão, lentilha, pão, arroz, massa, batata e farinha
Hidratos de Carbono (Fibra)	Controlam a absorção do açúcar no sangue	Legumes e Fruta
Proteínas	Reparação e construção dos tecidos	Alto Valor Biológico: Carne, peixe, ovos, leite, queijo e iogurte Baixo Valor Biológico: legumes, os cereais os frutos secos, as leguminosas secas e as verduras
Lípidos	São fornecedores de energia, funcionam como uma reserva energética e permite conservar a temperatura	Óleos, gorduras, coco, girassol, soja, milho e margarinas
Micronutrientes	Importância Nutritiva	Onde encontrar?
Vitaminas	Bom funcionamento do organismo	Ver lista seguinte

**A
(Retinol)**

Responsável pela formação e manutenção dos dentes, tecido esquelético e partes moles, membranas mucosas e pele.
Produz os pigmentos necessários ao funcionamento da retina

Leite, queijos, natas, fígado, rins, bacalhau e óleo de fígado de bacalhau



B1 (Tiamina)	Auxilia o correcto funcionamento do coração/ neurónios e a converter carboidratos em energia	Pães enriquecidos, cereais, massas, grãos integrais, carnes magras, peixes, feijão desidratado, ervilha e soja
B6 (Piridoxina)	Auxilia: a produção de glóbulos vermelhos, a manutenção do funcionamento cerebral, a produção de anticorpos	Leguminosas, cereais integrais, banana, hortaliças
B12	Participa na produção de glóbulos vermelhos e manutenção do sistema nervoso central	Ovos, carnes, aves, moluscos, leite e seus derivados
Ácido Pantoténico	Fundamental para o metabolismo dos alimentos e da síntese de hormonas e colesterol	Ovos, peixes, laticínios, cereais com grãos integrais, legumes, leveduras, brócolos, batatas, carnes magras
C (Ácido Ascórbico)	Mantem dentes e gengiva saudáveis, participa da cicatrização e ajuda na absorção de ferro e na manutenção do tecido conjuntivo	Frutas cítricas, morango, tomate, brócolos, nabo, batatas, melão
D	Promove a absorção de cálcio, ajudando a manter os níveis sanguíneos de cálcio e fósforo	Queijos, manteiga, margarina, natas, leites enriquecidos, peixes, ostras e cereais enriquecidos
E	Auxilia a produção de hemácias e utilização da vitamina K	Milho, nozes, sementes, oliva, espinafre, espargos e outras folhas, óleos vegetais



K	Fundamental para a coagulação e ajuda na manutenção dos ossos	Repolho, couve-flor, espinafre, cereais, soja
Macrominerais	Importância na Dieta	Onde encontrar?
Sódio	Baixa quantidade na dieta para evitar a retenção de líquidos (inchaços)	Enlatados, sal, molhos de salada, ketchup, mostarda [...]
Potássio¹	Responsável pela manutenção da função dos nervos e músculos, equilíbrio ácido-básico do sangue e equilíbrio hídrico (água).	Abacate, ameixa seca, amendoim torrado, amêndoa, avelã, castanhas, nozes, beterraba, café instantâneo, cogumelo, damasco seco, ervilha, espinafre, feijão, figo seco, lentilha seca, massa de tomate, melão, peixe e frutos do mar, grão de bico, soja e uva passa
Cálcio²	Responsável pela contração muscular, coagulação do sangue, transmissão dos impulsos nervosos e secreção de hormonas	Leite e derivados, vegetais verdes, sardinha, mariscos, ostra
Magnésio	Responsável pela contração muscular, funciona como anti-stress, anti-inflamatório, anti-trombótico e protector cardiovascular	Cereais de trigo integral, nozes, carnes, leite e legumes

¹ Com a utilização de diuréticos para controlar a ICC, pode ocorrer perda de potássio e com isso causar vômitos, náuseas, dor abdominal (barriga) alteração do ritmo cardíaco.

² Com os diuréticos pode haver perda de cálcio e magnésio.



Fósforo	Responsável pela formação dos ossos e dos dentes, equilíbrio ácido-básico, e produção de energia	Leite, queijo, carne, aves, peixe, cereais, nozes, legumes
Cloro	Equilíbrio dos electrólitos	Sal, carne de vaca, carne de porco, sardinhas, queijo, azeitonas verdes, pão de cereais, batatas fritas, couve fermentada



Ame-os com todo o seu coração...



Ana Guimarães* :: Eunice Sousa **

***Aluna de Enfermagem da Especialidade de Saúde
Infantil e Pediatria**

**** Orientadora de Estágio
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**



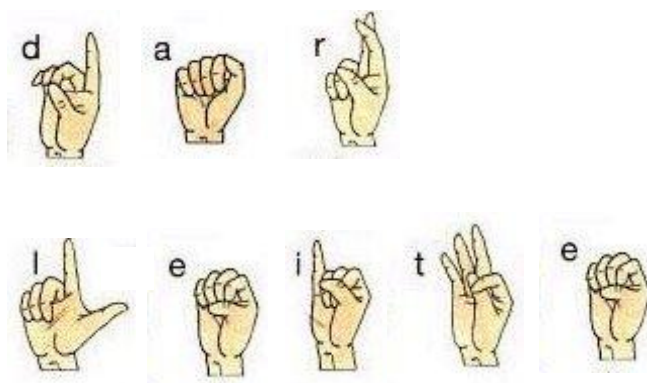
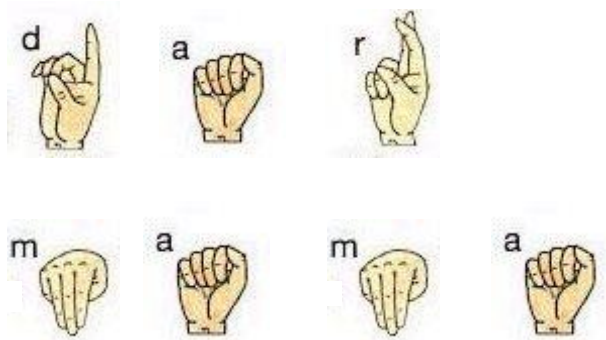
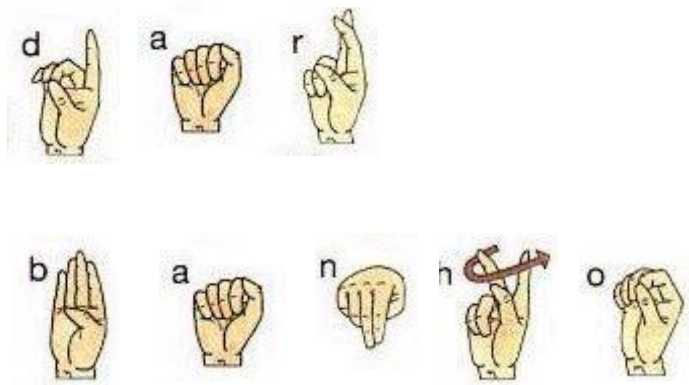
ANEXO XLVII|

COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE LINGUAGEM ABSTRACTA
NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA – **EXEMPLO DE SINALÉTICA**



Comunicação através de Linguagem Abstracta no Estágio de Neonatologia

- Exemplo de Sinalética -



ANEXO XLVIII|

APRESENTAÇÃO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS DO SUP –

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO



:: Apresentação de 3 Casos Clínicos no SUP



(1) Caso Clínico: "Miguel"

"Miguel": 4 anos, febre sem foco conhecido. Dotado de uma beleza invulgar e uma rebeldia característica da idade, percorria o SU no seu carro imaginário, vezes e vezes sem conta. Atropelava quem passava, abrilhantando um sorriso em tom de desculpa, arrancando um cerrar de lábios a alguns pais já impacientes e uma gargalhada a outros com pouco tempo de espera. Era a sua vez de ser atendido após ser triado. Tinha sido comunicado à sua mãe a necessidade de realizar uma punção lombar para descartar uma possível infecção do SNC, que esta terminou por aceitar após terem sido esclarecidas todas as suas dúvidas. Passávamos agora ao "Miguel". Em jeito infantilizado procuramos explicar o procedimento de forma simples, convencidos pela sua passividade que o tinha compreendido mas qual não foi o nosso espanto, quando se dirige ao seu Quadro Mágico, que ainda apresentava uns rabiscos com contornos semelhantes a um volante automóvel e, nos pede para desenharmos o que iríamos fazer seguidamente. Entre todos, sem qualquer talento artístico, lá rabiscamos uma agulha nas costas de um boneco enrolado em forma de caracol. Demorou a convencer-se sobre os nossos dotes, olhando desconfiado e sorrindo para o Quadro, terminando por consentir de forma tranquila um procedimento incómodo. A sua única questão e garantia que precisava para se comportar devidamente traduziu-se por: "e a seguir... fazes-me (desenhas) um carro?". Isto são adultos, que nos fazem sentir crianças em muitas situações como esta.

(2) Caso Clínico: "Diogo"

"Diogo": 6 anos, fractura do membro superior direito, internado em OBS. Dotado de um olhar instintivamente rebelde e fúrias de dor que teimava em não manifestar como sinal de força e poder sobre si mesmo, iria ser operado pela madrugada dentro, o que lhe confinava uma certa ansiedade e inquietamento no leito. Chamou-me de forma gentil para que lhe explicasse o que iria acontecer ao seu braço naquelas horas de madrugada e porque razão a mãe não podia ir com ele. Estava na idade do "porquê" e nenhuma resposta plausível servia como satisfatória. Tentei

mudar de estratégia, porque o seu inquietamento começava a incomodar o descanso de outras crianças em pós-operatórios complicados e dos inúmeros guerreiros severamente doentes que ali padeciam. Arranjei um folha de papel e tracei o rascunho de um braço com uma série de bolinhas, que eufemisticamente representavam uma série de parafusos no local da fractura . Após uns 15 minutos de árduas questões, desde a natureza do parafuso ao material utilizado na reconstrução do membro, lá evoquei a sua semelhança ao IronMan (o Homem de Ferro: herói da criançada e também ele revestido de metal)...ficando o "Diogo" boquiaberto e encantado com tal comparação forçada: "Juras?É que ele é mesmo fixe!". Salva pelos desenhos animados!

(3) Caso Clínico: "João"

"João": 4 anos, pneumonia com empiema, internado em OBS. Apagado pela dificuldade respiratória, olhar encovado e palidez acentuada, necessitava de intervenção urgente pela Cirurgia Geral: a colocação de um dreno torácico. Após ter sido explicado o procedimento à mãe pelo cirurgião principal, nada tinha ainda sido dito ao pequeno "João", cujas palpebras assumiam a dificuldade em se manterem abertas, dado o cansaço. Naturalmente questionou o que iria acontecer entre palavras trémulas e lágrimas sentidas, que uma série de gente alheia tentou descortinar. Atentou cada palavra como se sorvesse a informação, respondendo de forma debilitada que tinha percebido a mensagem...mas que o seu *Snoopy* não. Ninguém tinha ainda reparado no fiel companheiro que colocara debaixo dos lençóis e a quem prestamos consentimento informado, seguido de uma técnica cirúrgica inovadora, recorrendo a muita *bricolage* com as palhinhas do sumo encostadas ao seu torax e fita adesiva colorida para rematar. E não é que o *Snoopy*, adormeceu lado a lado e dreno com dreno, junto do seu companheiro de sempre? Palavras para quê...

.....

ANEXO XLIX|

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO ***PROJECTO JOVENS EM RISCO***



Enquadramento Teórico:

O lugar ocupado por mulheres e crianças na família modificou-se com o passar dos tempos, das épocas e com o avançar das sociedades. Porém, esta valorização foi parcial, uma vez que o seu papel se restringia ao domínio doméstico e à própria relação mãe-filho, o que muitas vezes justificou inúmeras relações violentas, envolvendo a díade. Assim como a mulher, a valorização da criança não teve como consequência o término dos maus-tratos a ela dirigidos (Barbosa & Pegoraro, 2008), colocando em risco o seu desenvolvimento e em muitos casos a sua sobrevivência (Pinto, 2001).

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas nos diferentes momentos históricos e sociais, de acordo com aspectos culturais (Costa *et al*, 2007). O termo violência tem a sua origem na palavra latina *violentia*, que significa *constrangimento exercido sobre uma pessoa para levá-la a praticar algo contra a sua vontade*, podendo este ser considerado físico ou moral, uso da força e coacção (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001). Estes tipos de violência são praticados pela omissão, pela supressão ou transgressão dos direitos da criança, definidos por convenções legais ou normas culturais (Gomes *et al*, 2002). Apesar de qualquer pessoa poder ser vítima de violência é inegável que as crianças e adolescentes são os mais vulneráveis (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001). **Em Portugal e, de acordo com dados estatísticos fornecidos pela APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)(2008), decorrente da análise realizada entre 2000 - 2007, cerca de 4609 crianças foram vítimas de crimes, assumindo os maus-tratos físicos e psíquicos o maior número de registos. No decurso desta mesma análise, anunciaram que 963 crianças foram vítimas de crimes de foro sexual, onde 44 se reservaram em contexto escolar. As cidades de Lisboa, Porto e Faro,**

continuam a acolher o maior número de vítimas de perpetração sexual/outros, com 23,8%, 11,9% e 9,5% de n=7639, respectivamente (APAV, 2009).

Entre as formas de violência perpetradas contra crianças e adolescentes, são frequentes: a (1) **física** (danos físicos leves ou extremos); (2) a **psicológica** (produção de comportamento destrutivo); (3) a **sexual** (jogo, estimulação, contacto ou envolvimento em actividades sexuais, em que crianças ou adolescentes não compreendem e não consentem) e a (4) **negligência** (falta de interesse/responsabilidade pelo adequado crescimento e desenvolvimento da criança, necessidades e manifestações). Entretanto, não podemos considerar negligência aquelas situações em que, por absoluta carência de recursos, as necessidades básicas não são adequadamente atendidas (Gomes & Fonseca, 2005). Além de crianças e adolescentes, a violência intrafamiliar afecta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada mulheres, idosos e portadores de deficiência (Barbosa & Pegoraro, 2008). Quando ocorre resulta em consequências graves à saúde infantil, implicando factores traumáticos internos e externos, em curto, médio e longo prazos. Dependem também de uma série de aspectos como a idade da vítima, a recorrência das situações abusivas e a complacência e convivência familiares após a revelação, onde muitos familiares poderão preferir o silêncio para evitar a separação da família (Prado & Pereira, 2008). A criança abusada sente-se traída pelo adulto e invadida por uma série de sensações de mal-estar físico e psicológico, sendo frequentes as manifestações de baixa auto-estima, alterações de comportamento como agressividade e violência, o baixo rendimento escolar, a evicção de contacto com adultos, comportamentos regressivos, distúrbios alimentares/sono, pesadelos, enurese nocturna, crises de choro e abuso de drogas (Prado & Pereira, 2008). Uma das mais graves consequências do abuso e maus tratos de menores, é a sua repetição tardia pela vítima: uma criança abusada facilmente se tornará num adulto predador (Pinto, 2001).

Em função da sua elevada magnitude e das suas diferentes repercussões físicas, emocionais e sociais, a partir do final da década de 70 a violência contra a criança passou a ser

encarada como um grave problema de saúde pública (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008; Pinto, 2001). Desde então os casos de maus-tratos contra a criança passaram a ser considerados como um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008).

De acordo com a definição de Hoagwood (2005), citado por Melo e Alarcão (2009), os serviços focalizados na família, incorporam uma grande variedade de intervenções disponibilizadas às mesmas ou por elas dinamizadas, relativamente aos cuidados proporcionados às crianças. A atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente, encontra-se intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume no seu quotidiano. A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as ideias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis. Assim, a efectivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. **Por outro lado, ter ou não visibilidade depende da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir no seu atendimento** (Gomes *et al*, 2002).

- I. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. Saúde Soc. São Paulo, 2008;17(3):77-89.
- II. Pinto, JMM. Carência e maus tratos na infância. Referência, 2001;6:39-46.
- III. Costa M, *et al*. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Ciência & Saúde Coletiva, 2007;12(5):1129-1141.
- IV. Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discursos de professoras e cuidadoras. Texto Contexto Enferm., 2005;14:32-7.
- V. Gomes R, *et al*. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2002;7(2):275-283.
- VI. APAV. Estatísticas APAV 2008. 2008:1-3.

- VII. APAV. Estatísticas APAV 2009. 2009:1-23.
- VIII. Prado MCCA, Pereira ACC. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. Estudos de Psicologia, 2008;25(2):277-291.
- IX. Moura ATZS, Moraes CL, Reichenhiem ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008;24(12):2926-2936.
- X. Melo AT, Alarcão M. Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental: Proposta de um modelo global de organização. Psicologia & Sociedade, 2009;21(1):55-64.

**ABUSO E
MAUS TRATOS INFANTIS**

dá pena



**PENA DE 1 A 12 ANOS
DE PRISÃO**

ANEXO L|

OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO ***PROJECTO JOVENS EM RISCO***



ABUSO E MAUS TRATOS INFANTIS

dá pena



**PENA DE 1 A 12 ANOS
DE PRISÃO**

Projecto de Intervenção de
Enfermagem na Comunidade |
“Jovens em Risco”

***Destinatários:** Educadores,
Auxiliares Educativos e
Professores de 1º/2º Ciclo
Escolares;

***Objectivos da Acção de Formação:**

Objectivos Gerais:

- 1.Desenvolver uma compreensão da natureza e dimensão do fenómeno das crianças vítimas de maus tratos;
- 2.Promover a prevenção da problemática.

Objectivos Específicos:

- 1.Sensibilizar para o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta de maus-tratos, bem como de contextos familiares de risco;
- 2.Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes tipologias de maus-tratos e respectivo impacto no desenvolvimento psico-emocional da criança e do jovem;
- 3.Promover conhecimentos sobre indicadores de risco e de protecção;
- 4.Reflectir a propósito do enquadramento legal de protecção de crianças e jovens em perigo;
- 5.Identificar estratégias de intervenção nas diferentes tipologias de maus tratos.

*“Qualquer um pode zangar-se - isso é fácil.
Mas zangar-se com a pessoa certa, na justa medida,
no momento certo, pela razão certa e da maneira certa -
isso não é fácil.”*

ARISTÓTELES

ANEXO LI

PLANO DE FORMAÇÃO DO ***PROJECTO JOVENS EM RISCO***



Conteúdo Programático da Acção de Formação:

1. Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos:

- 1.1 Definição de Conceito;
- 1.2 Identificação das diferentes tipologias;
- 1.3 Impacto no desenvolvimento psico-emocional da criança e do jovem.
- 1.4 Outras consequências comportamentais;

2. Avaliação do Contexto Sócio-Familiar da Criança e do Jovem:

- 2.1 Factores de Risco;
- 2.2 Factores de Protecção;
- 2.3 Indicadores de Maus - Tratos;

3. Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

- 3.1 Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude;
- 3.2 Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo;
- 3.3 Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção;

4. Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo:

- 4.1 Intervenção Centrada na Família;
- 4.2 Articulação entre Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo;



ANEXO LII

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM SOBRE

MAUS-TRATOS A CRIANÇAS/JOVENS



Este Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem surge como a operacionalização do **Projecto Jovens em Risco**, implementado e dinamizado pelas Alunas de Enfermagem do Curso de Pós – Licenciatura | Especialização em Saúde Infantil e Pediatria – Ana Guimarães e Marta Machado - sob orientação tutorial da Enf.ª Alexandra Correia, no âmbito da Saúde Escolar | UCC do Centro de Saúde da Senhora da Hora. Este presente Instrumento esplanase sobre as directrizes da Direcção Geral de Saúde, publicadas no *Documento Técnico Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (2008)*, **visando constituir apenas uma orientação para o diagnóstico, afigurando-se necessário investigar a presença de vários sinais, em simultâneo, assim como verificar a congruência das justificações apresentadas para que a situação tenha ocorrido.**

Na grande maioria, os sinais e sintomas que representam os designados “sinais de alarme” de maus tratos, devem ser encarados só como indicadores da possibilidade de existência de uma situação deste tipo.

CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA | ULS USF: _____

Data das Entrevistas: ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____

Enfermeiro de Família/ Enfermeiro: _____

Número do Processo: _____

CARACTERIZAÇÃO DO MEIO FAMILIAR DA CRIANÇA/JOVEM

Nome da Mãe: _____

Idade:	anos	Nacionalidade:	
Escolaridade	Sem escolaridade		
	Sabe ler e escrever		
	1º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	2º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	3º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	Ensino Secundário	Incompleto	
		Completo	
	Ensino Superior	Incompleto	
		Completo	

Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Idade:	anos	Nacionalidade:	
Escolaridade	Sem escolaridade		
	Sabe ler e escrever		
	1º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	2º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	3º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	Ensino Secundário	Incompleto	
		Completo	
	Ensino Superior	Incompleto	
		Completo	

Profissão: _____

Nome da Criança Jovem:			
Idade da Criança	Dias:	Meses:	Anos:
Escolaridade:	Sem escolaridade		
	Sabe ler e escrever		
	1º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	2º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	3º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	Ensino Secundário	Incompleto	
		Completo	
Ensino Superior	Incompleto		
	Completo		

AGREGADO COM QUEM VIVE A CRIANÇA/JOVEM	
Família Biológica (pai/mãe)	
Família com relação de parentesco (irmãos, avós, tios...)	
Família sem relação de parentesco	
Criança/Jovem a cargo de si próprio	

TIPO DE AGREGADO FAMILIAR			
Família Nuclear	Com Filhos	Quantos?	
		Idades	Dias
			Meses
		Anos	
	Sem Filhos		
Família Monoparental	Feminina		
	Masculina		
Família Reconstituída (pais com filhos de outras uniões)			
Família Alargada (mais que uma geração)			
Família Adoptiva			
Família de Acolhimento			
Criança/Jovem vive sozinho			

RENDIMENTOS PERANTE O TRABALHO	MÃE	PAI	JOVEM
Rendimento do Trabalho			
Pensão (social, invalidez, sobrevivência...)			
Subsidio de Desemprego			
Rendimento Social de Inserção			
Bolsa de Formação			
Subsidios Eventuais			
Rendimentos (mobiliários e imobiliários)			
Outros Rendimentos			
Sem Rendimentos			

SAÚDE FAMILIAR	MÃE	PAI	CRIANÇA JOVEM
Doença Física			
Doença Infecto - Contagiosa			
Doença Mental			
Alcoolismo			
Toxicodependência			
Outros			

SITUAÇÃO HABITACIONAL DO AGREGADO FAMILIAR		MÃE	PAI	CRIANÇA JOVEM
Condição de Alojamento	Casa			
	Parte de Casa			
	Quarto			
	Pensão/ Barraca			
	Sem Residência			
	Outro			
Caracterização Social do Meio Envolvente	Problemas Sociais Identificados	Prostituição		
		Marginalidade		
		Droga		
	Não tem Problemas Sociais Identificados			

FACTORES DE RISCO PARA MAUS TRATOS

CARACTERISTICAS DA CRIANÇA JOVEM QUE PODEM POTENCIAR		PRESENÇA	
CONTEXTOS DE RISCO		SIM	NÃO
Portadores de necessidades de saúde especiais	Deficiência Física		
	Deficiência Mental		
Prematuridade (especialmente quando separados dos cuidadores no período neonatal)			
Crianças não desejadas pelos pais			
Temperamento difícil			
Aprendizagem	Dificuldades		
	"Sobredotadas"		

EXPECTATIVAS/PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES SOBRE A CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTOS DE RISCO		PRESENÇA	
Percepção sobre a Criança		SIM	NÃO
	Má		
	Manipuladora		
	Difícil de Educar		
Criança com características físicas e/ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam			
Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado			
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)			
Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores			

CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA FAMILIAR QUE PODEM POTENCIAR

PRESENÇA

CONTEXTOS DE RISCO

SIM

NÃO

Família

Adoptiva

Reconstituída

Dependências

Alcoolismo

Toxicodependências

Contextos de Crise

Morte

Separação

Desemprego

Más Condições

Promiscuidade

Habitacionais

Sobrelotação

Contextos de violência doméstica

Pais vítimas de maus – tratos em criança

Problemas de saúde mental

Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena

Crianças institucionalizadas

Ausência de redes familiares e sociais de apoio

Pais adolescentes

Padrões educacionais agressivos ou violentos

"Desenraizamento" cultural e social (migrantes)

Pais com vida social e/ou profissional intensa

FACTORES DE PROTECÇÃO PARA MAUS TRATOS

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM SER FACTORES PROTECTORES	PRESENÇA	
	SIM	NÃO
Crianças saudáveis e atractivas		
Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios		
Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário		
Crianças com competências adaptativas		

CARACTERÍSTICAS DA DINÂMICA FAMILIAR/RELACIONAL E DO CONTEXTO SOCIAL QUE PODEM SER FACTORES PROTECTORES	PRESENÇA	
	SIM	NÃO
Vinculação segura com pelo menos um dos cuidadores		
Relação afectiva securizante com um adulto significativo		
Rede familiar e social de apoio		
Comunidade com recursos de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.		

SINAIS DE NEGLIGÊNCIA

SINAIS	CARACTERIZAÇÃO	PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Carência de Higiene	Sujidade das unhas		
	Picadas Múltiplas de Insectos		
	Eritema Perineal		
	Prolongado/Recorrente		
Inexistência de Rotinas	Alimentação		
	Vigília/Sono		
	Vestuário desadequado em relação à estação do ano		
	Lesões consecutivas a exposições climáticas adversas		
	Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada		
	Intoxicações acidentais repetidas		
Doença crónica sem cuidados adequados	Falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)		
Hematomas ou outras lesões inexplicadas	Falta de supervisão de situações perigosas		
Atraso e/ou incumprimento dos Programas :	Saúde Infantil e Juvenil		
	Vacinação		
Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal):	Progressão ponderal deficiente		
	Cabelo fino		
	Abdómen proeminente		
	Arrefecimento persistente		
	Mãos e pés avermelhados		
	Atraso no desenvolvimento sexual		
Atraso no desenvolvimento e nas	Linguagem		
	Motricidade		

aquisições sociais	Socialização		
Perturbações	Sono		
	Sonolência		
	Apatia		
	Depressão		
	Agressividade		
Perturbações do Comportamento Alimentar e Comportamentos Bizarro	Roubar Alimentos		
	Comer Obsessivamente		
Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação			

SINAIS DE MAUS TRATOS FISICOS

INDICADORES DE MAUS TRATOS FISICOS	PRESENÇA	
	SIM	NÃO
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão		
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação		
Demora na procura de cuidados médicos		
História de lesões repetidas		
Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões)		

SINAIS FISICOS	CARACTERIZAÇÃO	PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Lesões com diferentes estadios de evolução	Equimoses com diferente coloração		
	Hematomas com diferente coloração		
Sequelas de traumatismo antigo	Calos ósseos resultantes de fractura		
Fracturas	Diversas		
Traumatismo Craneano	« 1 ano de idade		
Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental	Equimoses		
	Ferimento nos olhos		
	Ferimento na boca		
	Ferimento no pescoço		
	Ferimento proximal de extremidades		
	Ferimento de genitais		
Lesões em diferentes localizações	Ferimento de nádegas		
	Não sendo localização própria de lesão accidental		
Lesões desenhando marcas de objectos	Marca de Corda		
	Marcas de fivela		
	Marca de Régua		
Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas	Palma da mão		
	Planta do pé		
	Genitais		
	Nádegas		
Padrão "luva e meia" correspondente a imersão forçada			
Identificação do Objecto Causador (Ferro de Engomar)			
Alopécia Traumática			
Outras lesões de diagnóstico mais complexo (pesquisadas se suspeita de maus tratos)	Neurológicas		
	Oftalmológicas		
	Viscerais		

SINAIS DE MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS

SINAIS DE MAU TRATO PSICOLÓGICO	CARACTERIZAÇÃO		PRESENÇA	
			SIM	NÃO
Deficiência orgânica de Crescimento	Baixa Estatura			
Automutilação				
Perturbações Funcionais	Apetite	Anorexia		
		Bulimia		
	Sono	Terrores Nocturnos		
		Falar alto durante o sono		
		Posição Fetal		
	Controle de Esfincteres	Enurese		
		Encoprese		
	Choro Incontrolável	1 ano de vida		
	Cefaleias	Sem causa orgânica aparente		
	Dores Musculares	Sem causa orgânica aparente		
	Dores Abdominais	Sem causa orgânica aparente		
	Interrupção da Menstruação na Adolescência			
Perturbações Cognitivas e Relacionais	Atraso no desenvolvimento da linguagem			
	Perturbações da memória para as experiências do abuso			
	Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade			

Perturbações Cognitivas e Relacionais	Alteração	Memória		
		Concentração		
		Atenção		
	 Dificuldades de aprendizagem			
	Sentimentos	Vergonha		
		Culpa		
		Medos concretos ou inespecíficos		
	Alterações Cognitivas	Pesadelos concretos ou inespecíficos		
		Alucinações concretas ou inespecíficas		
	Perturbações na Maturidade Emocional	Excessivamente Infantil		
		Excessivamente Adulto		
	 Dificuldade em lidar com situações de conflito			
	Ansiedade ou Dificuldades nas Relações Afectivas Interpessoais	Isolamento		
		Afastamento dos Amigos e Familiares		
		Hostilidade		
Falta de Confiança nos Adultos				

		Agressividade		
		Manifestações de Raiva contra Pessoas Específicas		
	Relações Sociais	Passivas		
		Escassas ou conflituosas		
		Ausência de Resposta perante Estímulos Sociais		
	Perturbações do Comportamento	Desinteresse total pela imagem	Higiene	
Roupas				
Aspecto				
Falta de curiosidade		Ausência de comportamento exploratório		
Défice na capacidade		Brincar		
		Jogar		
		De se divertir		
 Fugir de casa ou relutância em regressar a casa				
		Evitação		
		Docilidade Excessiva		

	Comportamentos	Passividade		
		Negativistas e/ou violentos (agressões físicas a crianças ou adultos)		
		Obsessivos		
		Bizarros (colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões)		
	 Acidentes muito frequentes			
Perturbações do Comportamento	Problemas Escolares	Mau rendimento académico,		
		Retenções de ano frequentes		
		Faltas		
		Fugas e Punições		
	Atitudes Desviantes	Delinquência		
		Abuso de Álcool		
		Abuso de Drogas		
		Prostituição		

	Tristeza e perturbações do sono		
	Mudanças súbitas de comportamento e humor		

SINAIS DE MAUS TRATOS SEXUAIS | ABUSO SEXUAL

SINAIS DE ABUSO SEXUAL	CARACTERIZAÇÃO	PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Lesões externas dos órgãos genitais	Eritema		
	Edema		
	Laceração		
	Fissuras		
	Erosão		
	Infecção		
Leucorreia vaginal	Persistente		
	Recorrente		
Laceração do hímen			
Hemorragia	Vaginal		
	Anal		
Laxidão anormal	Esfíncter Anal		
	Hímen		
	Fissuras Anais		
Infecção sexualmente transmissível			
Verrugas ou condilomas perineais e anais (investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso)	Menina: Vulva		
	Menino: pele e glande		
Equimoses e ou petéquias	Mucosa oral		
	Lacerações do freio dos lábios		
Infecções urinárias de repetição			
Presença de esperma	Corpo da Criança/Jovem		

	Roupa da Criança/Jovem		
Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes.	Corpo da criança/jovem		
	Roupa da criança/jovem		
Gravidez			

ANEXO LIII|

DINAMIZAÇÃO DO PROJECTO JOVENS EM RISCO ATRAVÉS DE POSTERS NO **DIA**

MUNDIAL DA CRIANÇA



Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



UCC Srª da Hora



Junho | 2010

Ana Guimarães | Marta Machado

Alunas da Pós - Licenciatura |
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



Junho | 2010

Ana Guimarães | Marta Machado

Alunas da Pós - Licenciatura |

Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

**Ao seu INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma OPINIÃO

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



UCC Srª da Hora



Junho | 2010

Ana Guimarães | Marta Machado

Alunas da Pós - Licenciatura |
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

**Ao seu INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma OPINIÃO

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



Junho | 2010
Ana Guimarães | Marta Machado
Alunas da Pós - Licenciatura |
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia



Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



Dia Mundial da Criança

Pelos Direitos das Crianças

**À NÃO
DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)

Junho | 2010

Ana Guimarães | Marta Machado

Alunas da Pós - Licenciatura | Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

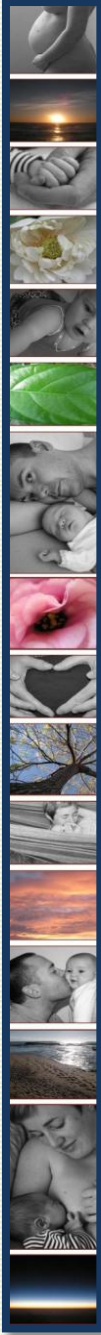


UCC Srª da Hora

ANEXO LIV|

DINAMIZAÇÃO DO PROJECTO JOVENS EM RISCO ATRAVÉS DA DISTRIBUIÇÃO DE
MARCA-LIVROS NO **DIA MUNDIAL DA CRIANÇA**





Dia Mundial da Criança | 2010

| OS DIREITOS DA CRIANÇA |

A convenção sobre os direitos da criança, assenta em 4 pilares fundamentais:

|A NÃO DISCRIMINAÇÃO: *“Todas as crianças têm o direito de desenvolver todo o seu potencial – todas as crianças, em todas as circunstâncias, em qualquer momento, em qualquer parte do mundo.”*

|O INTERESSE SUPERIOR DA CRIANÇA: *“Deve ser uma consideração prioritária em todas as acções e decisões que lhe digam respeito.”*

|A SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO: *“Garantia de acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades para que as crianças possam desenvolver-se plenamente”*

|A OPINIÃO DA CRIANÇA: *“A voz das crianças deve ser ouvida e tida em conta em todos os assuntos que se relacionem com os seus direitos”*

(Convenção dos Direitos da Criança, 1990)

Ana Guimarães| Marta Machado || Alunas EESIP| UCP – ICS



Orientador: Enf.ª Alexandra Correia

ANEXO LV|

FOTOS ALUSIVAS AO **DIA MUNDIAL DA CRIANÇA**



Fotografias :: Dia Mundial da Criança







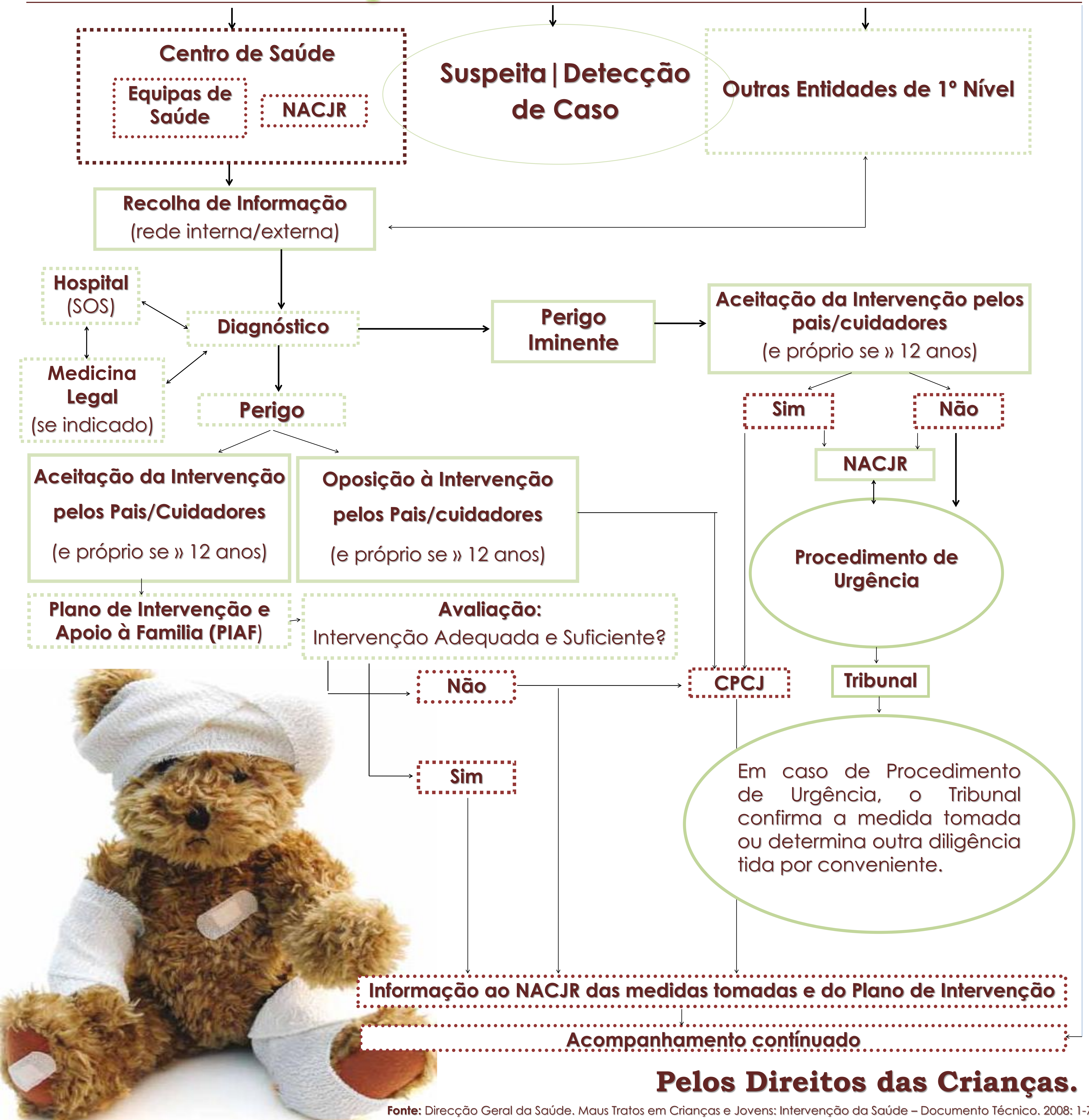
ANEXO LVI|

POSTER SOBRE O ALGORITMO DE **ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE**
MAUS-TRATOS A PARTIR DO CENTRO DE SAÚDE



Ana Guimarães & Marta Machado :: Curso de Pós – Licenciatura | Especialização em Enfermagem de **Saúde Infantil e Pediatria**
Orientação de Estágio: Enf.ª Alexandra Correia

Intervenção nos Centros de Saúde (DGS, 2008)



ANEXO LVII|

ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE

MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS



PROJECTO

“JOVENS EM RISCO”

[Projecto de Intervenção
na Comunidade]

Tutor:
Sr.^aEnf.^a Alexandra Correia

Ana Guimarães|
Marta Machado

Pelos Direitos das Crianças.



UCC Sr^a da Hora



* Sumário

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.1 | Definição de **Conceito**;

1.2 | Identificação das **diferentes tipologias**;

1.3 | **Indicadores de Maus - Tratos**

1.4 | Impacto no **desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem.**



Pelos Direitos das Crianças.

2| Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco

2.2 | Factores de Protecção

2.3 | Situações de Perigo





3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

3.3 | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.1 | Definição de Conceito



“Os **maus tratos** constituem um **fenômeno complexo e multifacetado** que se desenrola de **forma dramática ou insidiosa**, em particular nas **crianças e nos jovens**, mas sempre com **repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos**.” (DGS, 2008).



Pelos Direitos das Crianças.

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.1 | Definição de Conceito

“Qualquer forma de **tratamento físico** e (ou) **emocional, não acidental e inadequado**, resultante de **disfunções e (ou) carências nas relações** entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num **contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder.**” (Magalhães, 2004 cit. DGS, 2008)



Pelos Direitos das Crianças.

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.2 | Identificação das diferentes tipologias

Entre as **formas de violência** praticadas contra **crianças e adolescentes** destacam-se (Gomes & Fonseca, 2005; DGS, 2008):

- * **Física:** quando causa **dano físico**,
- * **Psicológica:** quando produz um **padrão de comportamento destrutivo**,
- * **Sexual:** quando envolve **jogo, estimulação, contacto** ou **envolvimento em actividades sexuais**;
- * **Negligência:** quando não se atende àquilo que é **indispensável** ao adequado **crescimento e desenvolvimento**,
- * **Síndrome de Munchausen:** patologia do foro psiquiátrico;



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.2 | Identificação das diferentes tipologias



“Assim, **crianças potencialmente inteligentes** transformam-se em **condicionadas**; **livres, em submissas**; **pesquisadoras, em repetidoras**; **ousadas, em acomodadas**; **reivindicadoras, em caladas**; enfim, **sem que ninguém se aperceba, sujeitos vão sendo transformados em objectos.**”

(Gomes & Fonseca, 2005)

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

Negligência:

incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem **a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde** indispensáveis para o **crescimento e desenvolvimento** normais.

(DGS, 2008)



Pelos Direitos das Crianças.

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

Negligência | Activa
Negligência | Passiva

Diversas Formas:

Diversas Formas:

- | Domínio físico
- | Psicoafectivo
- | Educativo
- | Escolar

Abandono temporário ou permanente.
(DGS, 2008).



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

Negligência: é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. (DGS,2008).

A negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS (DGS,2008).



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

O QUE SE CONSIDERA COMO NEGLIGÊNCIA NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL (DGS, 2008)?

A não prestação de cuidados de saúde adequados:

- * Não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação;**
- * Não comparecer às consultas programadas ou fazê-lo com atraso recorrente;**
- * Não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.**



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

Quando realizar Visitação Domiciliária (DGS, 2008) ?

*Quando a nível de consultas é possível detectar negligência:

Sinais de desnutrição |
Maus cuidados de higiene persistente |
Eritema das fraldas recorrente |
Sujidade acentuada |
Múltiplas picadas de insecto... |

* Atender aos contextos de vida



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Físicos



Mau trato físico: resulta de qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) **dano físico (DGS,2008).**

“O mau trato físico é frequentemente detectado nas urgências hospitalares.” (DGS,2008)

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Físicos

Os sinais e indicadores não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos (DGS,2008).

Podem, contudo, **constituir indícios de situações de mau trato físico**, em particular quando **coexistem vários destes aspectos** (DGS, 2008).



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos

A young boy with glasses is holding up his right hand in a 'stop' gesture, with his palm facing the camera. He is looking directly at the camera with a serious expression. The background is plain white.

O mau trato psicológico: resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados (DGS, 2008).



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos



A ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem (DGS, 2008).

Como se manifesta?

Sono |

Controlo dos esfíncteres |

Comportamento |

Rendimento escolar /outras actividades |



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos



- * Abandono temporário
 - * Insultos verbais
 - * Abandono afectivo/ ausência de afecto
 - * Ridicularização/ Desvalorização
 - * Hostilização/ Ameaças
 - * Indiferença/ Discriminação/ Rejeição
 - * Culpabilização/ Humilhação
 - * Observação/envolvimento em situações de violência doméstica
 - * Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos inadequados
- (DGS,2008)



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais



O **abuso sexual** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a **satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte** (DGS, 2008).

Relação de poder ou de **Autoridade**



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais



Toda a situação em que a criança/jovem (DGS, 2008):

- * **Não tem capacidade para compreender** que delas **é vítima**;
- * Percebendo que o é **não tem capacidade para nomear o abuso sexual**;
- * **Não** se encontra **estruturalmente preparada**;
- * **Não** se encontra **capaz** de dar o seu **consentimento livre e esclarecido**;



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais

Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas (DGS,2008):

- * **Importunar a criança ou jovem;**
- * **Obrigar** a tomar conhecimento ou presenciar **conversas, escritos e espectáculos obscenos;**
- * Utilizá-la em **sessões fotográficas e filmagens;**
- * **Prática de coito;**
- * **Manipulação dos órgãos sexuais**
- * **Entre outras...**



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem



Quando ocorre resulta em consequências graves à saúde infantil, implicando factores traumáticos internos e externos, em curto, médio e longo prazos (Prado & Pereira, 2008).

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem

Dependem de uma série de aspectos
como (Prado & Pereira, 2008):

- | a idade da vítima
- | a recorrência das situações abusivas
- | a complacência e convivência familiares após a revelação



1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem



A criança abusada sente-se traída pelo adulto, manifestando inúmeras vezes (Prado & Pereira, 2008;DGS, 2008):

- | mal-estar físico e psicológico
- | manifestações de baixa auto-estima
- | alterações de comportamento
- | o baixo rendimento escolar,
- | a evicção de contacto com adultos,
- | comportamentos regressivos
- | distúrbios alimentares/sono
- | comportamentos de risco

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem

Os efeitos dependem, entre outros factores, da idade da criança.

A falta de suporte afectivo pode traduzir-se por (DGS, 2008):

- *Socialização inadequada do lactente;
- *Hiperactividade e agressividade na criança pré-escolar;
- *Atitudes negligentes em relação aos próprios filhos;



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem



Uma das mais graves consequências dos maus tratos de menores, é a sua repetição tardia pela vítima: **uma criança abusada facilmente se tornará num adulto predador** (Pinto, 2001).



2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco



As **situações de risco** dizem respeito ao **perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança**, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. **A evolução negativa dos contextos de risco** condiciona, na maior parte dos casos, **o surgimento das situações de perigo**. (DGS, 2008)



2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco



Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. (DGS,2008)



2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco



Cada situação deve ser avaliada no seu contexto geral, exigindo uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais e da equipa de saúde. (DGS,2008)

É fundamental **identificar outros elementos que actuem como factores de protecção** os quais devem ser equacionados no processo avaliativo. (DGS,2008)



2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.2 | Factores de Protecção



Entende-se por **factores de protecção as variáveis físicas, psicológicas e sociais** que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como **moderadores dos factores de risco**. (DGS,2008)

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é **menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica ou de Perigo** (DGS, 2008).



2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.3 | Situações de Perigo

A photograph showing the lower half of a child standing on green grass. The child is wearing a blue and white plaid skirt and dark blue sandals. To the left of the child's feet is a melting ice cream cone with white and brown scoops. A semi-transparent orange rounded rectangle is overlaid on the image, containing text.

Perante uma situação de “perigo”, dá-se início à intervenção para a promoção dos direitos da criança ou jovem nessa circunstância, que se rege pela LPCJP. (DGS,2008)

2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.3 | Situações de Perigo



“A intervenção deve atender prioritariamente aos **interesses e direitos da criança e do jovem**, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto” (CNPCJR.pt [homepage da Internet]: acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: www.cnpcjr.pt)



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem



1

| **Constituição da República Portuguesa - Art. 69º**
“As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade” (Assembleia da República.pt [homepage da Internet]: acesso em 04.06.2010; 21h). Disponível em: www.parlamento.pt)



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem

2

| Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.

Art.. 3.º n.º 1 da CDC – “Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primariamente em conta o interesse superior da criança”

Art.. 19.º da CDC – “Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual”. (UNICEF.pt [homepage da Internet]: acesso em 04.06.2010;18h]. Disponível em: www.unicef.pt

3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem



3

| Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c) – “São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes” Assembleia da República.pt [homepage da Internet]: acesso em 04.06.2010; 21h]. Disponível em: www.parlamento.pt



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem

4

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto
Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança – PAFAC

5

DL n.º 98/98, de 18 de Abril
Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

6

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro
Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

7

DL n.º 11/2008, de 17 de Janeiro
Regulamenta a medida de promoção/protecção do acolhimento familiar

3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem

8 **DL n.º12/2008, de 17 de Janeiro**
Regulamenta as medidas de promoção/protecção em meio natural de vida

9 **Lei n.º 133/99, de 28 de Agosto**
Alteração ao DL n.º 314/78 de 27 de Outubro
(Organização Tutelar de Menores) em matéria de processos tutelares cíveis

10 **Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto**
Altera o regime jurídico da adopção



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem



Actualmente, nos termos do disposto na Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, para prevenir e tratar as situações de perigo, consagrou o **princípio da subsidiariedade**, dispondo que a intervenção deve ser efectuada, sucessivamente, através das seguintes vias:

- a) **Entidades com competência em matéria de infância e juventude (ECMIJ)**
- b) **As Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)**
- c) **Tribunais.**



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

Entidades com
competência
em matéria de
infância e
Juventude

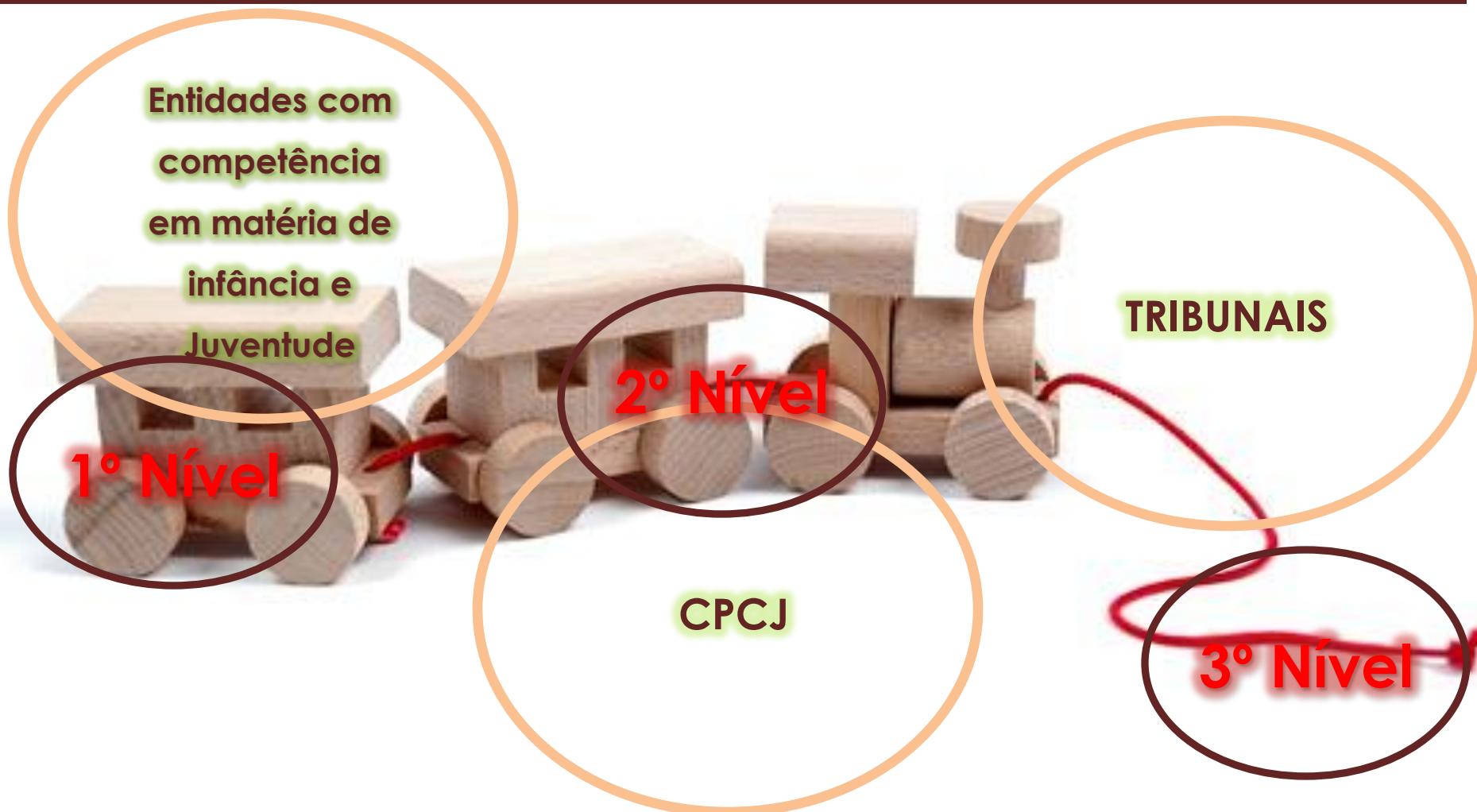
1º Nível

2º Nível

CPCJ

TRIBUNAIS

3º Nível



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude



“...atribuída legitimidade às entidades que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo”
(DGS,2008)

3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude



| Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro)

| Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

| Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)

(DGS,2008)

1º



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

Cabe aos Núcleos:

- a) prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno;**
- b) apoiá-los no acompanhamento das mesmas;**
- c) avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.**

(DGS,2008)

3| Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.2| Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo



2º

As **Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)**, são entidades oficiais não judiciárias, que exercem as suas funções e competências de acordo com a Lei nº 147/99, de 1 de Setembro - **Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.** ((CNPCJR.pt [homepage da Internet], acesso em 05.06.2010;17h). Disponível em: www.cnpcjr.pt)



Pelos Direitos das Crianças.

3| Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem:

3.2| Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo



2º

“A intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens tem lugar quando **não seja possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude actuar de forma adequada e suficiente** a remover o perigo em que se encontram” (CNPCJR.pt [homepage da Internet], acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: www.cnpcjr.pt)



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

Medidas de Promoção/protecção da CPCJ (CNPCJR.pt [homepage da Internet], acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: www.cnpcjr.pt):

2º

- a) Apoio junto dos pais;
- b) Apoio junto de outro familiar;
- c) Confiança na pessoa idónea;
- d) Apoio para autonomia de vida;
- e) Acolhimento familiar;
- f) Acolhimento em instituição;
- g) Confiança na pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção.

3| Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem:

3.2| Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo



A protecção imediata da criança e do jovem é assegurada por qualquer entidade (CS, Hospital, etc.) que pode tomar as medidas adequadas, **solicitando a intervenção do Tribunal ou as Entidades policiais** (conforme estabelecido no [art. 91º](#) da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

(DGS,2008)



3| Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.3| Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção

“Para recurso a um **procedimento de urgência**, a lei exige a verificação cumulativa de dois requisitos:

- a existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;
- a oposição por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.” (DGS, 2008)



3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças e do Jovem:

3.3 | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção



Numa situação de **perigo eminente**, confere-se às entidades com competência na área da infância e juventude e às CPCJ legitimidade para tomarem as **medidas adequadas para remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra** (DGS, 2008).



3| Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

3.3| Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção



“Quando aplicada uma medida para remover o perigo , pelas instâncias de primeiro nível, deverá comunicar-se por escrito ao magistrado do [Ministério Público](#), solicitando a intervenção judicial ou das entidades policiais. “

DGS,2008



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

A Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças pré-escolares, que apresentem **alterações no seu desenvolvimento psicomotor ou se encontrem em situações de alto risco para as desenvolver (Serrano, 2009).**

Uma criança está em risco, quando está exposta a situações de natureza **biológica ou ambiental, que podem interferir com o normal desenvolvimento (Serrano, 2009).**



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

“Uma janela única de oportunidade para alterar as trajectórias de desenvolvimento das crianças”
(Guralnick, 2005).



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

Intervir precocemente porquê?

Os pais de crianças com problemas ou em risco, podem necessitar de apoio profissional para estabelecer as adequadas capacidades parentais (Serrano, 2009).

Pelos Direitos das Crianças.



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

Os serviços de IP devem ser prestados por equipas interdisciplinares, de forma a poder dar resposta à gama de problemas que estas crianças e famílias apresentam (Serrano, 2009).



Pelos Direitos das Crianças.



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

Porquê que a Intervenção Precoce se deve **Centrar na Família?**

Os serviços de IP não devem ser exclusivamente dirigidos à criança e aos seus problemas (Serrano, 2009).

O foco de atenção nas práticas tradicionais **deixou de ser exclusivamente centrado na criança**, para passar **a ser centrado na criança e sua família** (Serrano, 2003).

4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

- | Enfatiza as forças, não os défices.**
- | Promove a escolha e o controlo da família sobre os recursos desejados.**
- | O desenvolvimento de uma relação de colaboração entre pais e profissionais (Bailey, 2006)**



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

A Intervenção Precoce é orientada para as necessidades da criança/família.

(Serrano, 2003)



Pelos Direitos das Crianças.



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

As **Instituições de Saúde** têm **responsabilidade** particular na **detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme**, nesta matéria, **no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos** (DGS, 2008).



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

Que barreiras têm dificultado uma intervenção pro-activa dos profissionais (DGS,2008)?

***Desconforto** em lidar com estas situações;

***Deficit de informação e preparação** técnica face às mesmas;

***Ausência de protocolos formais e de apoio institucional;**

***Assunção de outras prioridades;**

***Desconhecimento das redes de apoio;**

***Falta de confiança nas Instituições;**



Pelos Direitos das Crianças.



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituição para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



Para poder haver **intervenção dos profissionais, a lei exige**, excepto em situações de urgência, que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito** (DGS, 2008).



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

As boas práticas face aos maus tratos - havendo, ou não, ocorrência confirmada destes – exigem assim que os **profissionais de saúde assegurem o respeito por diversos pressupostos** (DGS, 2008):



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



| **Assegurar um tratamento digno** a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;

| **Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade;**

| **Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar** os seus membros;

| **Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;**

| **Intervir com as famílias e responsabilizar;**

Pelos Direitos das Crianças.



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos CS (NACJR) e nos Hospitais (NHACJR), adquirem um papel de particular importância, permitindo (DGS,2008):

| O apoio aos profissionais;

| Tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível;

| Agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais;



4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



Quando os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, devem ser comunicados ao Ministério Público, às entidades policiais, ou ao Instituto de Medicina Legal, independentemente das medidas tomadas em defesa da criança ou do jovem (DGS, 2008).

Pelos Direitos das Crianças.



4| Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2| Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



Como se Intervem nos Centros de Saúde?

Pelos Direitos das Crianças.



- I. Direcção Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde – Documento Técnico. 2008: 1-79.
- II. Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discursos de professoras e cuidadoras. Texto Contexto Enferm., 2005;14:32-7.
- III. Prado MCCA, Pereira ACC. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. Estudos de Psicologia, 2008;25(2):277-291.
- IV. Pinto, JMM. Carência e maus tratos na infância. Referência, 2001;6:39-46.
- V. CNPCJR.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco; [actualizada em: 2008; acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: www.cnpcjr.pt
- VI. Assembleia da República.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Palácio de S.Bento; [actualizada em 2008; acesso em 04.06.2010; 21h]. Disponível em: www.parlamento.pt



- VII. UNICEF.pt [homepage da Internet]. [actualizada em 2004;acesso em 04.06.2010;18h]. Disponível em: www.unicef.pt
- VIII. Serrano AM. Uma Janela de Oportunidade. Instituto de Estudos da Criança, 2009:1-15.
- IX. Guralnick MJ. The Development Systems Approach to Early Intervention. Baltimore: Brookes; 2005:1- 34.
- X. Serrano AM. Intervenção Precoce. Instituto de Estudos da Criança, 2003:1-20.
- XI. Bailey T. Tree Assessment Report. 2006:1-14.



PROJECTO

“JOVENS EM RISCO”

|Projecto de Intervenção
na Comunidade|

Tutor:
Sr.^aEnf.^a Alexandra Correia

Ana Guimarães|
|Marta Machado

Pelos Direitos das Crianças.



Quebre o SILÊNCIO.



UCC Sr^a da Hora

ANEXO LVIII|

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PROFISSIONAL

SOBRE **MAUS-TRATOS A CRIANÇAS/JOVENS**





Projecto de Intervenção na Comunidade

- Projecto Jovens em
Risco –

**Avaliação da Acção de
Educação para a Saúde**

**Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta
Machado**

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em



Sob Orientação | Enf.ª Alexandra

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde**, ou seja, **pretende aferir a grau de satisfação dos formandos relativamente à sessão**, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

1. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:		1	2	3	4	5	
1.1 O tema abordado foi:	Pouco Interessante						Muito Interessante
1.2 O tema abordado foi:	Pouco Aprofundado						Muito Aprofundado
1.3 O tema abordado teve:	Pouco Interesse						Muito Interesse
1.4 O tempo dedicado à exposição teórica foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.5 O tempo dedicado à exposição prática foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.6 A acção em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	Insuficiente						Excelente

2.. Relativamente ao desempenho das formadoras:		1	2	3	4	5	
2.1 Foram claras na apresentação do problema:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.2 Dominavam as matérias que abordaram:	Fraco Dominio						Ótimo dominio
2.3 Conseguiram motivar os formandos:	De forma Insuficiente						De forma Excelente
2.4 Foram claras nas intervenções realizadas:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.5 Incentivaram a participação dos formandos:	Fraco Incentivo						Forte Incentivo
2.6 Demonstraram interesse nas dificuldades dos formandos:	Fraco Interesse						Muito Interesse

3. Relativamente à organização da Acção, designadamente ao que toca a recursos de apoio mobilizados para a mesma:		1	2	3	4	5	
3.1 A qualidade e a adequação da documentação distribuída?	Muito Fraca						Muito Boa
3.2 A qualidade e adequação das instalações e condições ambientais?	Muito Fracas						Muito Boas

3.3 A duração da acção?	Insuficiente						Mais que necessário
3.4 O horário da acção de formação?	Inadequado						Totalmente Adequado

Obrigada (o) pela sua participação!

ANEXO LIX|

FOLHA DE **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DA ULS**





Inovar para Mudar
Centro de Formação

AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO

Candidatura N.º

Formulário B N.º

Curso/Acção N.º

1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: _____

Início _____

Fim _____

Duração Horas

Instruções de Preenchimento do Questionário

- Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores à seguinte escala: 4 "concordo em absoluto"; 3 "não concordo nem discordo"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"
- Marcação com X do quadrado escolhido

1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO

	4	3	2	1
Os objectivos da acção são perceptíveis	☐	☐	☐	☐
O conteúdo da acção é adequado às necessidades	☐	☐	☐	☐
Os temas abordados são actuais e úteis	☐	☐	☐	☐
A acção/módulo correspondeu às expectativas	☐	☐	☐	☐
Existiu motivação para participar na acção	☐	☐	☐	☐
As actividades realizadas são adaptadas à sessão	☐	☐	☐	☐
Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	☐	☐	☐	☐
As instalações são adequadas	☐	☐	☐	☐
Os meios audiovisuais são os necessários	☐	☐	☐	☐
A documentação é apropriada	☐	☐	☐	☐
O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	☐	☐	☐	☐

2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES

		5	4	3	2	1
Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)	☐	☐	☐	☐	☐
Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo	☐	☐	☐	☐	☐
Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada	☐	☐	☐	☐	☐
Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo	☐	☐	☐	☐	☐
Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom	☐	☐	☐	☐	☐

3. SUGESTÕES/CRÍTICAS

Aspectos positivos na acção

Aspectos a melhorar

Sugestões

ANEXO LX|

RELATÓRIO ESTATÍSTICO DA AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

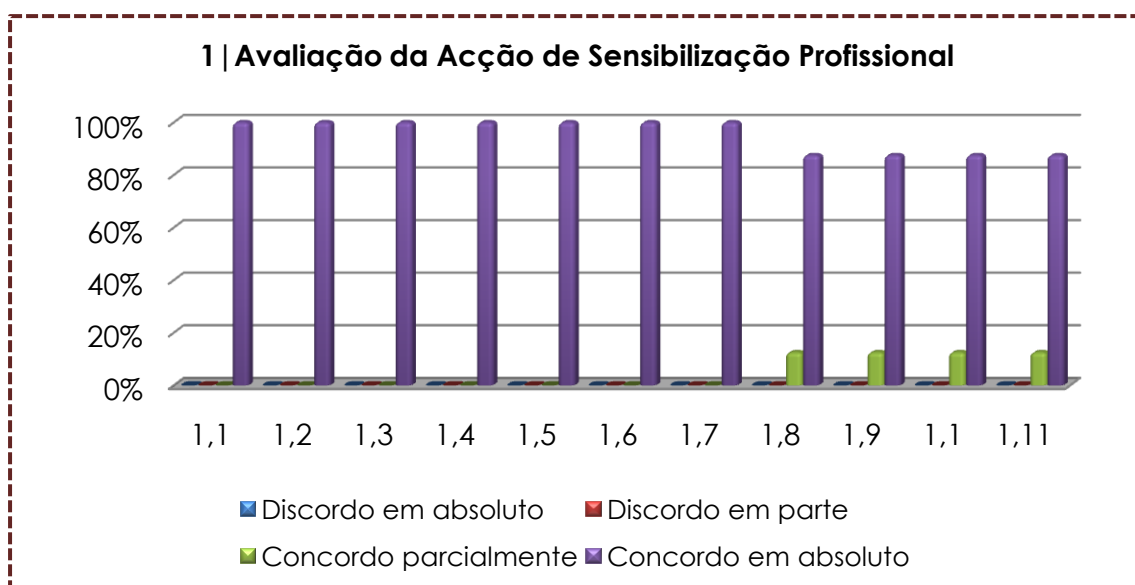
PROFISSIONAL SOBRE **MAUS TRATOS A CRIANÇAS/JOVENS**



De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi aplicado o Instrumento da ULSM com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

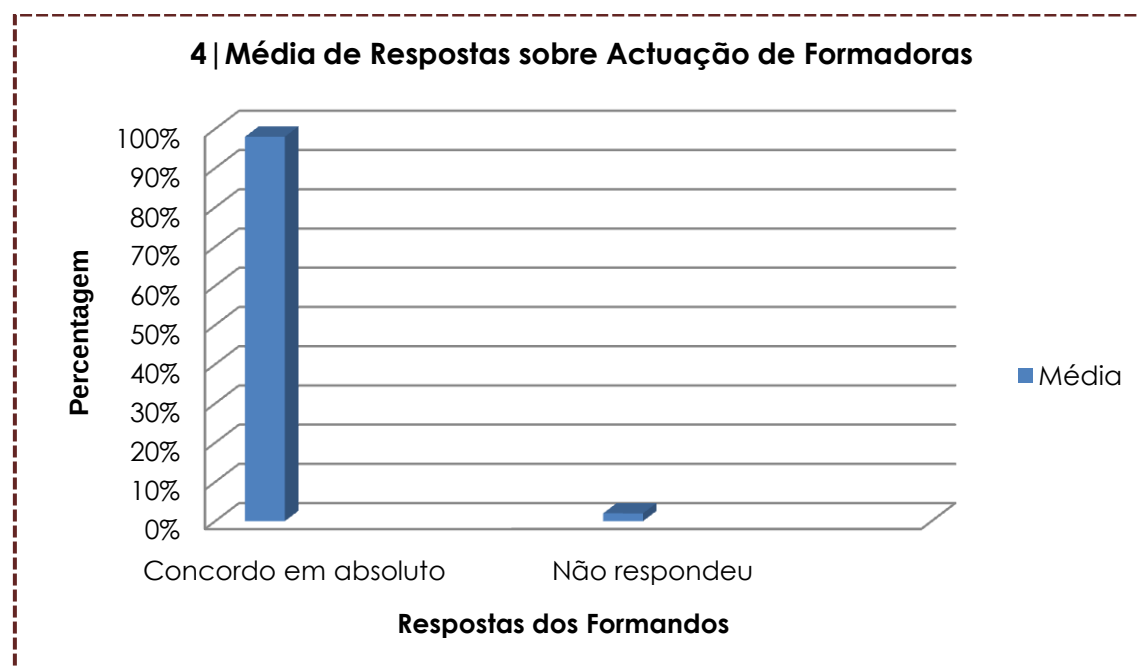
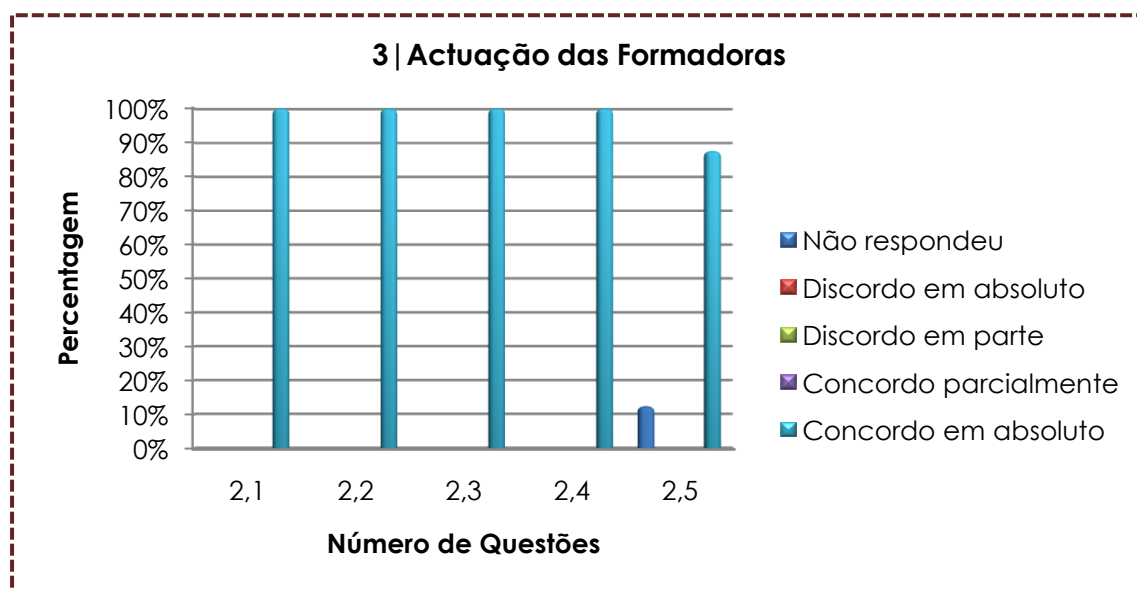
Este Instrumento privilegiou alguns indicadores que se pretendiam avaliar como os objectivos da sessão, o interesse e actualidade dos conteúdos programáticos abordados, as expectativas dos formandos bem como o seu grau de motivação, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, este Instrumento recorreu à numérica, variando num intervalo de 1 a 4, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde a “discordo em absoluto”, o nível 2 a “discordo em parte”, o nível 3 a “não concordo nem discordo” e o nível 4 a “concordo em absoluto”.

Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráficos seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a estes indicadores:



De acordo com os gráficos acima expostos cerca de 7 formandos, representando a totalidade do universo amostral (100%), classificaram a formação relativamente à percepção de objectivos (questão 1.1), o conteúdo da acção face às necessidades (questão 1.2), a actualidade e interesse do tema (questão 1.3), as expectativas e motivação para participar (questão 1.4 e 1.5), as actividades realizadas e o bom relacionamento do grupo de trabalho (questão 1.6 e 1.7) com 4 valores. Relativamente à classificação das instalações (questão 1.8), dos meios audiovisuais (questão

1.9), da documentação distribuída (questão 1.10) e apoio pedagógico/administrativo e técnico (questão 1.11), cerca de 87,5% dos formandos classificaram com 4 valores e os restantes 12,5% com 3 valores. Analisando a formação em termos médios, cerca de 95% dos formandos classificaram-na em 4 valores e os restantes 5% em 3 valores, no que respeita aos indicadores supracitados.



Observando o gráfico acima exposto, facilmente se pode concluir que relativamente às questões de 2.1 a 2.4, que respeitam o indicador de

avaliação da actuação das formadoras relativamente a: domínio de assuntos abordados (questão 2.1), métodos adequados face a objectivos da acção (questão 2.2), linguagem utilizada pelo formador (questão 2.3) e empenho do formador na condução da acção (questão 2.4), cerca de 100% do universo amostral classificou com 4 valores; no que respeita à última questão relativamente a relacionamento com o grupo de trabalho(questão 2.5), cerca de 87,5% classificaram a actuação das formadoras com 4 valores, reservando 3 valores cerca de 12,5% dos formandos. Em termos de classificação média das formadoras, cerca de 98% dos formandos atribuíram 4 valores e os restantes 2 % não responderam.

No Instrumento de Avaliação da ULSM, as últimas questões de cariz aberto reservam-se para os formadores poderem expressar as suas opiniões ou sugestões. Durante a análise da avaliação da sessão pelos formandos, encontraram-se duas opiniões, que passam a ser citadas: "tema muito importante e que realmente é uma lacuna em termos de formação" e "a sensibilização dos profissionais para a problemática dos maus tratos infantis, penso que é um tema muito pertinente pois permite-nos estar mais despertas para esta problemática que tem vindo a aumentar na nossa sociedade".

ANEXO LXI|

APRESENTAÇÃO DO *PROJECTO JOVENS EM RISCO* AO 3º **MESIP – ICS**



PROJECTO

“JOVENS EM RISCO”

|Projecto de Intervenção
na Comunidade|

Tutor:
Sr.^aEnf.^a Alexandra Correia

Ana Guimarães|
|Marta Machado

Pelos Direitos das Crianças.



UCC Sr^a da Hora



* Sumário

1 | A Problemática dos Maus Tratos

2 | O “Projecto Jovens em Risco”

2.1 | Actividades do Projecto

2.2 | Objectivos Gerais e Especificos

2.3 | Plano de Formação



**Pelos Direitos das
Crianças.**



1.A Problemática dos Maus Tratos





1.A Problemática dos **Maus Tratos**



A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas (Costa *et al*, 2007).

Apesar de qualquer pessoa poder ser vítima de violência é inegável que as crianças e adolescentes são os mais vulneráveis (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001).



1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Análise de dados estatísticos realizada entre 2000 – 2007 (APAV, 2008):

| 4609 crianças foram **vítimas de crimes**

| 963 crianças vítimas de **abuso sexual**

| 44 crianças **abusadas sexualmente na ESCOLA**





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Algumas cidades portuguesas continuam a ser palco do **maior número de perpetrções sexuais| outros maus tratos a crianças** (APAV, 2008):

| Lisboa: 23,8%

| Porto: 11,9%

| Faro: 9,5%





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Entre as formas de violência perpetradas contra crianças e adolescentes, são frequentes (Gomes & Fonseca, 2005):

| Física

| Psicológica

| Sexual

| Negligência





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Quando ocorre resulta em **consequências graves à saúde infantil**, implicando **factores traumáticos internos e externos**, em **curto, médio e longo prazos** (Prado & Pereira, 2008).

Dependem de uma série de aspectos como (Prado & Pereira, 2008):

- | **a idade da vítima**
- | **a recorrência das situações abusivas**
- | **a complacência e convivência familiares após a revelação**





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

A criança abusada sente-se traída pelo adulto, manifestando inúmeras vezes (Prado & Pereira, 2008):

- | **mal-estar físico e psicológico**
- | **manifestações de baixa auto-estima**
- | **alterações de comportamento**
- | **o baixo rendimento escolar,**
- | **a evicção de contacto com adultos,**
- | **comportamentos regressivos**
- | **distúrbios alimentares/sono**
- | **abuso de drogas** (adolescência)



1.A Problemática dos **Maus Tratos**



Uma das **mais graves consequências do abuso e maus tratos de menores**, é a sua repetição tardia pela vítima: **uma criança abusada facilmente se tornará num adulto predador** (Pinto, 2001).



1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Os **casos de maus-tratos contra a criança** passaram a ser considerados como um agravo de **notificação compulsória em todo o território nacional** (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008).





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

A **reflexão** sobre os conceitos dos diferentes tipos de **maus-tratos** e as ideias a eles **associadas** contribuem para se entender os **possíveis encaminhamentos** que os profissionais dão a tais casos quando identificáveis (Gomes *et al*, 2002)





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

A efectivação de um **atendimento** depende da possibilidade de ser **capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos** (Gomes et al, 2002).





1.A Problemática dos **Maus Tratos**

Ter ou não visibilidade depende da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir no seu atendimento (Gomes et al, 2002).





2. Projecto “Jovens em Risco”

* Detecção de **uma necessidade** no Centro de Saúde da Senhora da Hora:

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Saúde Escolar

Programa Nacional de Saúde Escolar | 2006



Pelos Direitos das Crianças.



2. Projecto “Jovens em Risco”

Programa Nacional de Saúde Escolar | 2006

* Área de Intervenção do Programa: Saúde Individual e Colectiva

[...] escola tem de propiciar [...] a expressão e a comunicação, laços de afecto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber; aos professores e auxiliares de acção educativa oferecerá [...] formação adequada às necessidades [...].

A escola [...] tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental.



2. Projecto “Jovens em Risco”

Programa Nacional de Saúde Escolar | 2006

* Actividades dirigidas à **Saúde Individual e Colectiva:**

- 1 | Promover a **saúde mental** na escola
- 2 | Articular com os representantes da saúde nas **Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.**



Pelos Direitos das Crianças.



2. Projecto “Jovens em Risco”

| **Deteção de uma necessidade nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil | Saúde Escolar:**

r/c o deteção | referenciação de crianças com suspeita de maus tratos (negligência).

***Que critérios utilizar na deteção de crianças vítimas de maus tratos?**

*** Como encaminhar os casos detectados?**



2. Projecto “Jovens em Risco”

2.1 Actividades do Projecto

1.Actividade:

| Acção de **Sensibilização Profissional** “Situações de Maus Tratos Infantis”

Dia 11 de Junho de 2010 | 13-14h

Público-Alvo: Enfermeiros do Centro de Saúde da Senhora da Hora





2. Projecto “Jovens em Risco”

2.1 Actividades do Projecto

2. Actividade:

| Distribuição de “Marca-Livros” alusivos aos Direitos da Criança

| Distribuição de Posters alusivos aos Direitos da Criança

Dia Mundial da Criança: Dia 1 de Junho | 8h – 17h

Público-Alvo: Pais | Tutores Legais da Criança no Centro de Saúde





2. Projecto “Jovens em Risco”

2.2 Objectivos Gerais | Especificos

Objectivos Gerais do **Projecto de Intervenção:**

- 1.Desenvolver uma **compreensão da natureza e dimensão do fenómeno** das crianças vítimas de maus tratos;
- 2.Promover a **prevenção da problemática.**





2. Projecto “Jovens em Risco”

2.2 Objectivos Gerais | Específicos

Objectivos Específicos do **Projecto de Intervenção**:

- 1.Sensibilizar para o **reconhecimento de sinais e sintomas** de alerta de maus-tratos, bem como de **contextos familiares de risco**;
- 2.Aprofundar conhecimentos sobre as **diferentes tipologias de maus-tratos** e respectivo **impacto no desenvolvimento psico-emocional** da criança e do jovem;
- 3.Promover conhecimentos sobre **indicadores de risco e de protecção**;
- 4.Reflectir a propósito do **enquadramento legal de protecção** de crianças e jovens em perigo;
- 5.Identificar **estratégias de intervenção** nas diferentes tipologias de maus tratos.



2. Projecto “Jovens em Risco”

2.3 Plano de Formação

- 1. Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**
- 2. Avaliação do Contexto Sócio-Familiar da Criança e do Jovem**
- 3. Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem**
- 4. Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**



2. Projecto “Jovens em Risco”

Pelos Direito das Crianças

À NÃO DISCRIMINAÇÃO

Ao seu **INTERESSE**
SUPERIOR

À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO

A uma **OPINIÃO**



(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)

ANEXO LXII

COMUNICAÇÃO LIVRE NO ENE: ***PROJECTO JOVENS EM RISCO***



:: Resumo da Comunicação Livre *Projecto Jovens em Risco*

.....

A violência perpetrada contra crianças e adolescentes acompanha a trajectória da humanidade, manifestando-se de forma física, psicológica, sexual e negligente, nos diferentes momentos históricos e sociais, de acordo com aspectos culturais (Costa *et al*, 2007). Em Portugal, anunciaram-se cerca de 4609 crianças vítimas de crime (APAV,2008), nas quais foram impressas consequências nefastas no seu correcto crescimento e desenvolvimento. Sabendo que **existe a possibilidade da criança abusada se tornar num adulto abusador** (Pinto, 2001), quantas poderemos ajudar encaminhando, ou proteger...prevenindo?

O *Projecto Jovens em Risco* surgiu no contexto do Módulo de Estágio I - Saúde Infantil, após detecção de uma necessidade expressa nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, de um Centro de Saúde do Norte: **que indicadores diagnósticos ou de referenciação eram utilizados pelos Enfermeiros e como eram encaminhadas as crianças suspeitas de maus-tratos?** Questões estas sem resposta, que abriram portas à formalização do Projecto. Este Projecto de Intervenção, objectivou primeiramente a sensibilização dos Profissionais de Enfermagem através de uma Sessão Formativa, permitindo a aquisição e mobilização de conhecimentos dos mesmos, neste domínio. Secundariamente, o Projecto foi integrado na Saúde Escolar, objectivando a sensibilização dos Professores de Ensino Primário, cumprindo algumas das directivas do Programa Nacional de Saúde Escolar, no âmbito da Saúde Individual e Colectiva, orquestrado em 2006. Além da Sessão Formativa o Projecto permitiu a organização de Indicadores Diagnósticos e de Referenciação, em formato de Check-List, de acordo com as normas da Direcção Geral de Saúde, para fácil consulta dos Profissionais.

O Projecto iniciou-se junto dos Enfermeiros, porque a reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as ideias a eles associadas, contribuíram para se entender os possíveis encaminhamentos que estes profissionais darão a tais casos quando identificáveis.

.....



|Encontro Nacional de Enfermagem

, Olhares sobre a Praxis.

:: Universidade Católica Portuguesa ::
Instituto Ciências da Saúde | Porto

Projecto "Jovens em Risco"

:: Projecto de Intervenção na Comunidade ::

Prof.^a Isabel Quelhas :: Ana Guimarães & Marta Machado
3º Curso Pós - Licenciatura em Enfermagem
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Sumário ::

A Problemática dos Maus Tratos :: 1

O “Projecto Jovens em Risco” :: 2

Objectivos Gerais e Especificos:: 2.1

Plano de Formação a Pares :: 2.2

Actividades Desenvolvidas :: 2.3

Bibliografia :: 3



Pelos Direitos das Crianças.



A Problemática dos Maus Tratos :: 1

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas (Costa *et al*, 2007): **física, psicológica, sexual e negligência** (Gomes & Fonseca, 2005).



Apesar de qualquer pessoa poder ser vítima de violência é inegável que as crianças e adolescentes são os mais vulneráveis (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001).



Pelos Direitos das Crianças.



A Problemática dos Maus Tratos :: 1

Análise de dados estatísticos realizada entre 2000 – 2007 (APAV, 2008):

::4609 crianças foram **vítimas de crimes**

::963 crianças vítimas de **abuso sexual**

::44 crianças **abusadas sexualmente na ESCOLA**



A Problemática dos Maus Tratos :: 1

A criança abusada sente-se traída pelo adulto, manifestando inúmeras vezes
(Prado & Pereira, 2008):

- :: mal-estar físico e psicológico
- :: manifestações de baixa auto-estima
- :: alterações de comportamento
- :: o baixo rendimento escolar
- :: a evicção de contacto com adultos
- :: comportamentos regressivos
- :: distúrbios alimentares/sono
- :: abuso de drogas (adolescência)





A Problemática dos Maus Tratos :: 1

A efectivação de um atendimento depende da possibilidade de ser **capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos** (Gomes et al, 2002).

Ter ou não visibilidade depende da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir no **seu atendimento** (Gomes et al, 2002).





O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

Detecção de uma necessidade no Centro de Saúde da Senhora da Hora:

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Saúde Escolar

Programa Nacional de Saúde Escolar | 2006



Pelos Direitos das Crianças.



O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

| Detecção de uma necessidade nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil | Saúde Escolar:

r/c o detecção | referenciação de crianças com suspeita de maus tratos (negligência).

***Que critérios utilizar na detecção de crianças vítimas de maus tratos?**

*** Como encaminhar os casos detectados?**





O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

2.1 Objectivos Gerais | Especificos

Objectivos Gerais do Projecto de Intervenção |

- 1.Desenvolver uma **compreensão da natureza e dimensão do fenómeno** das crianças vítimas de maus tratos;
- 2.Promover a **prevenção da problemática.**



O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

2.2 Objectivos Gerais | Específicos

- 1.Sensibilizar para o **reconhecimento de sinais e sintomas** de alerta de maus-tratos, bem como de **contextos familiares de risco**;
- 2.Aprofundar conhecimentos sobre as **diferentes tipologias de maus-tratos** e respectivo **impacto no desenvolvimento psico-emocional** da criança e do jovem;
- 3.Promover conhecimentos sobre **indicadores de risco e de protecção**;
- 4.Reflectir a propósito do **enquadramento legal de protecção** de crianças e jovens em perigo;
- 5.Identificar **estratégias de intervenção** nas diferentes tipologias de maus tratos.





O Projecto “Jovens em Risco” :: 2

2.2 Plano de Formação

.....

1. Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

2. Avaliação do Contexto Sócio-Familiar da Criança e do Jovem

**3. Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das
Criança e do Jovem**

**4. Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do
Jovem em Perigo**

Pelos Direitos das Crianças.





O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

2.3 Actividades do Projecto

:: Acção de Sensibilização Profissional

1. Realização de uma **Sessão de Formação a Pares**
2. Realização de um **Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem**
3. Realização de um **Relatório de Avaliação da Acção de Formação**
4. Realização de um **Poster** explicativo dos procedimentos a seguir em caso de detecção de Maus- Tratos a menores (de acordo com a DGS)





O Projecto “Jovens em Risco” :: 2

2.3 Actividades do Projecto

:: Dinamização do Dia Mundial da Criança

∴ Distribuição de “Marca-Livros” alusivos aos Direitos da Criança

∴ Distribuição de Posters alusivos aos Direitos da Criança



O Projecto "Jovens em Risco" :: 2

Pelos Direitos das Crianças

À NÃO DISCRIMINAÇÃO

Ao seu **INTERESSE
SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)

Pelos Direitos das Crianças.



Bibliografia :: 3

- Costa M, *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007;12(5):1129-1141.
- Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discursos de professoras e cuidadoras. *Texto Contexto Enferm.*, 2005;14:32-7.
- Pinto, JMM. Carência e maus tratos na infância. *Referência*, 2001;6:39-46.
- APAV. Estatísticas APAV 2008. 2008:1-3.
- Prado MCCA, Pereira ACC. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. *Estudos de Psicologia*, 2008;25(2):277-291.
- Moura ATZS, Moraes CL, Reichenhiem ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008;24(12):2926-2936.
- Gomes R, *et al.* A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002;7(2):275-283.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/ 2006 (2ª série). 2006





2008 | **Portugal**

4609
crianças
vitimas de
crime



(APAV, 2008)



963 : Abuso Sexual

(APAV, 2008)



44 : Abuso **Sexual** na Escola

(APAV, 2008)

**75% das
Crianças**

**Abusadas
Sexualmente
...**

Não contam.



3643

Abuso Físico...





...Abuso Psicológico...

(APAV, 2008)



...e **Negligência.**

(APAV, 2008)



**São
apenas
números.**

Que **rosto
terão estes
algarismos?**



RAQUEL | 5 ANOS

SONHAVA SER BAILARINA....HOJE NÃO SONHA.



LUANA | 4 ANOS

TRABALHA 10H POR DIA: NÃO TEM TEMPO PARA SONHAR.

CAROLINA | 6 ANOS

ADORAVA BRINCAR...

HOJE FOGE DO PAI A TEMPO INTEIRO.





João | 7 ANOS

HOSPITALIZADO POR QUEDA “ACIDENTAL” DAS ESCADAS...



Rapaz| Filho de Ninguém.

DORME NA RUA. PARAMOS PARA LHE PERGUNTAR O SEU NOME?



Irmãos| Romenos

PEDEM NA RUA.

VIRAMOS A CARA...NÃO TEMOS TROCOS.



Joshua|8 anos

AUTISTA?

ANTECEDENTES| ABUSO SEXUAL DESDE OS 2 ANOS.

João | 3 ANOS

NÃO ADOPTADO | SOCIALMENTE INADAPTADO.

ANTECEDENTES: MAUS TRATOS.





José | 18 anos

PRESO POR **PEDOFILIA**.
CASO SOCIAL. **VITIMA DE ABUSO SEXUAL AOS 8 ANOS.**

SENTE-SE CANSADO?

DESCANSE.

**SÓ FALTAM
4600 CRIANÇAS.**



A black and white close-up photograph of a baby's face. The baby has large, dark eyes and a mustache drawn on its upper lip. A shadow of a knife is cast across the lower part of the face. The background is dark.

IMAGINE POR MOMENTOS...

VIVER A PRETO E BRANCO.

**IMAGINE
POR
MOMENTOS**

...

**VIVER SEM
MÚSICA.**





**IMAGINE
POR
MOMENTOS**

...

**VIVER NO
SILÊNCIO.**



**IMAGINE POR
MOMENTOS...**

**... SER VIOLADO EM
TODOS OS SEUS
DIREITOS.**

IMAGINE POR MOMENTOS...

**OS SEUS SONHOS
ROUBADOS POR QUEM
MAIS AMA.**



**Voltava a
CONFIAR?**

4609 NÃO.



manuel oliveira 2006



**IMAGINOU-SE POR
MOMENTOS?**

**ELES TRANSFORMARAM ESSES
MOMENTOS EM TODA A SUA VIDA.**



TENHA CORAGEM DE OS AJUDAR.



LIBERTE-OS.

Escreva nas suas Primeiras Páginas de Liberdade.



DEIXE A
RAQUEL SER
BAILARINA...





**Liberte a LUANA do Trabalho.
Ajude-a a ser CRIANÇA.**



**Não seja
Indiferente.**

A black and white photograph of a hand pressed against a glass surface covered in condensation droplets. The hand is positioned with the palm facing the glass, and the fingers are slightly spread. The condensation droplets are of various sizes and are densely packed on the glass surface, particularly around the hand. The lighting is soft, creating a somber and evocative mood.

NÃO os IGNORE

...

**VEJA OS
PEDIDOS DE
AJUDA.**

Não alimente os
PREDADORES.

DENUNCIE.



DENUNCIE.

Vai ver...NÃO CUSTA NADA.



PROJECTO

“JOVENS EM RISCO”

|Projecto de Intervenção
na Comunidade|

Tutor de Estágio:
Prof.^a Isabel Quelhas

Ana Guimarães|
|Marta Machado

Pelos Direitos das Crianças.



UCC Srª da Hora



Este foi o nosso Olhar sobre a *Praxis*:
em Defesa dos Direitos das Crianças.

Obrigada pela atenção !

Prof.^a Isabel Quelhas :: Ana Guimarães & Marta Machado



ANEXO LXIII|

POSTER NO ENE: ALGORITMO DE ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS VITIMAS DE
MAUS-TRATOS A PARTIR DO CENTRO DE SAÚDE



Vítimas de Maus Tratos: como encaminhar?

.....

Introdução | A detecção de indicadores de risco e de perigo para a criança ou jovem, bem como a respectiva suspeita, diagnóstico e encaminhamento, nem sempre constituiu uma tarefa simples para os Enfermeiros, os quais devem no limite das suas competências accionar e acompanhar este processo. Após detecção de uma necessidade expressa nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, de um Centro de Saúde do Norte, questionamo-nos: **como procediam os Enfermeiros, ao encaminhamento das crianças vítimas ou com suspeita de maus-tratos?**

Objectivos | Construir um algoritmo de actuação que permitisse á equipa de Enfermagem de um Centro de Saúde no Norte, o correcto e coerente encaminhamento de um criança com suspeita/detecção de maus-tratos.

Material e Métodos | Procedeu-se à revisão de literatura num espectro temporal entre 2000 - 2010, privilegiando as fontes de informação primárias, através da consulta de bases de dados científicas como a EBSCO, Medline, b-on e Scielo, refinando a busca através das palavras-chave: *encaminhamento de crianças em risco; maus-tratos de menores; abuso de menores; child abuse; legal procedures of routing child abuse.*

Resultados | Articulando a revisão de literatura adequada com a legislação vigente em Portugal - no domínio da Protecção de Menores - e as normas editadas pela Direcção Geral de Saúde, foi apresentado á equipa de Enfermagem um algoritmo de actuação multidisciplinar que contemplasse os possíveis encaminhamentos da criança, mediante a situação diagnosticada: em contexto de risco ou de perigo.

Conclusão | O algoritmo de actuação multidisciplinar apresentado á equipa de Enfermagem, pretendeu tecer resposta á necessidade prematuramente detectada. Os Enfermeiros podem assim exercer as suas responsabilidades de acordo com normas legislativas, de uma forma coerente e protocolada.

.....



Vitimas de Maus Tratos: como encaminhar?

Ana Guimarães :: Marta Machado :: Isabel Quelhas| UCP -ICS :: Porto

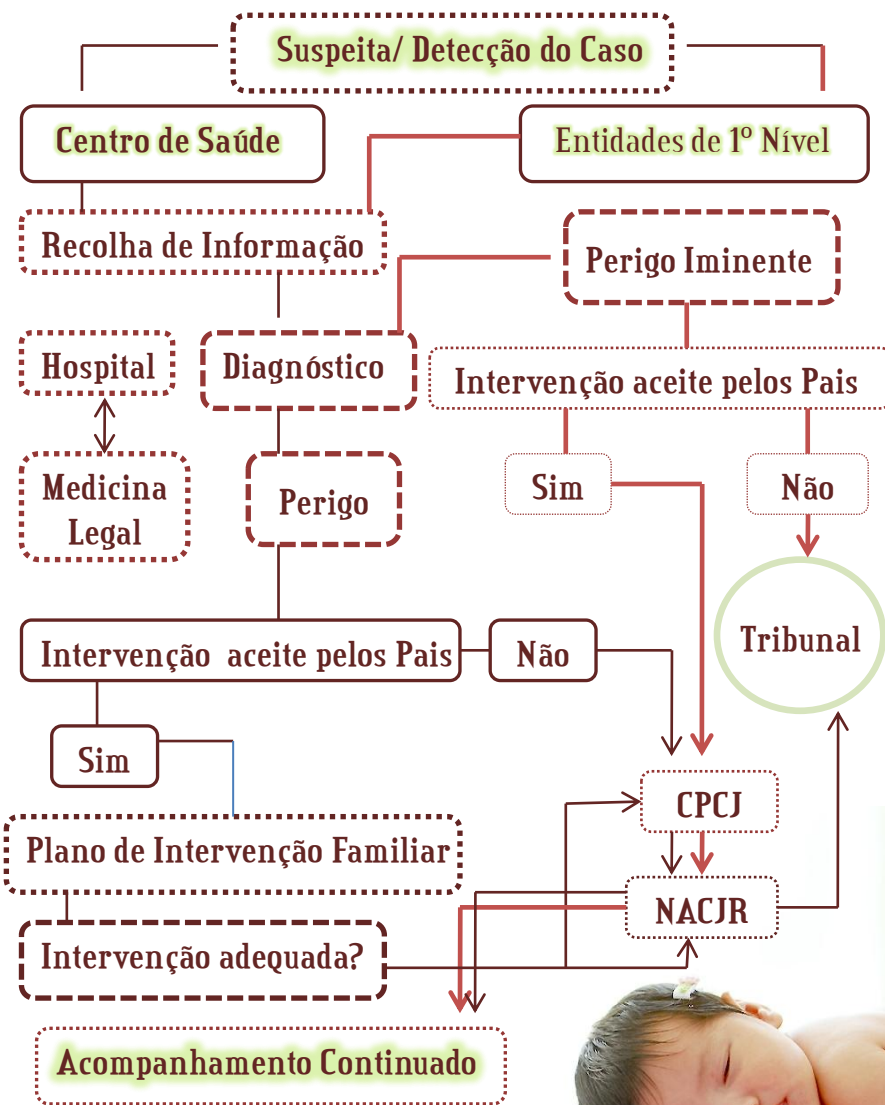
Introdução A detecção, o diagnóstico e encaminhamento de vitimas de maus tratos, nem sempre constituíram uma tarefa simples. Após detecção de uma necessidade na Consulta de Saúde Infantil, de um Centro de Saúde do Norte, questionamo-nos: **como procediam os Enfermeiros, ao encaminhamento destas crianças?**

Objectivo Construir um algoritmo de actuação que permita o correcto encaminhamento das crianças vitimas de maus tratos.

Material e Métodos Revisão de literatura entre 2000 - 2010, privilegiando as fontes de informação primárias, através da consulta de bases de dados científicas.

Resultados Um algoritmo de actuação multidisciplinar que permite o encaminhamento da criança, mediante a situação diagnosticada: em contexto de risco ou de perigo.

Conclusão O algoritmo de actuação permite aos Enfermeiros a adequação do processo de encaminhamento destas crianças, no âmbito do exercício das suas responsabilidades.



ANEXO LXIV|

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA: ***VIVER A PREMATURIDADE***



:: Resumo| Abstract do Artigo de Revisão

Viver na Prematuridade

(Macedo L & Guimarães A, 2010)

Objetivo: Apresentar uma revisão da literatura sobre o que tem sido publicado sobre as vivências e experiências parentais num contexto de prematuridade da criança.

Material e Métodos: Os dados foram colhidos a partir de artigos publicados em revistas científicas indexadas, disponíveis nas bases de dados Medline, Scielo e CINHALL usando as palavras-chave *prematuridade, neonatologia, pai, mãe, necessidades e enfermeiros*. O período pesquisado foi de 2000 a 2009. Outros artigos foram identificados a partir de referências secundárias.

Resultados: Verifica-se a existência de estudos que abordam a compreensão do significado da experiência de ser pai/mãe num contexto de internamento do bebé pré-termo numa neonatologia, de forma a melhorar a assistência de enfermagem.

Conclusões: A maioria dos estudos demonstrou que a prematuridade e a hospitalização do recém-nascido tem repercussões no estabelecimento da vinculação e ligação pais-filho e por consequência no desenvolvimento e consecução do papel parental. Apesar de se verificar uma preocupação crescente na inclusão da família na prática assistencial, existem lacunas relativamente às propostas de Intervenções de Enfermagem para a família.

Palavras-chave: *prematuridade; papel parental; vinculação; ligação pais-filho enfermagem.*

Objective: To review the literature that has been published about the experiences of parenting in a context of child prematurity.

Methods: Data were collected from articles published in scientific journals, available on Medline, Scielo and CINHALL using the keywords *prematurity, neonatal, father, mother, needs and nurses*. The period between 2000 to 2009. Other articles were identified from the references cited in the first articles.

Results: There are studies about understanding of the meaning of the experience of being a parent in a context of baby's hospitalization in preterm neonates in order to improve nursing care.

Conclusions: Most studies have shown that prematurity and hospitalization of the newborn has an impact on the establishment of attachment and parent-child bond and consequently the development and achievement of the parent role. Although there is a growing concern on the inclusion of the family in care practice, gaps exist for those nursing interventions for the family.

Key Words: *prematurity, parent role, attachment, parent-child bond, nursing.*

.....

ANEXO LXV|

*GUIA FARMACOLÓGICO PARA ENFERMEIROS DO **SUP/UCIP***



Hospital de S. João, EPE

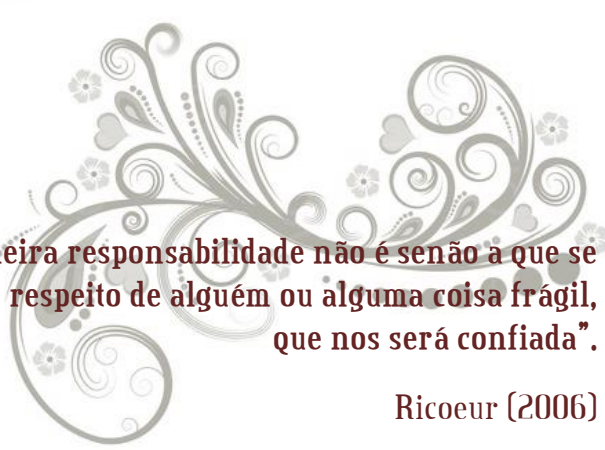
Serviço de Urgência Pediátrica:

Farmacologia de Urgência | Emergência :. de A a Z



Uma das atribuições, merecedora de reflexão da prática de **Enfermagem**, é a administração de medicamentos que envolve aspectos legais e éticos de impacto sobre a prática profissional.

Ao realizar a acção de modo adequado possibilita a prevenção do erro e consequentemente o erro real.

A decorative graphic featuring a symmetrical, swirling floral design in a light gray color. It includes stylized leaves, small flowers, and heart shapes, creating an elegant, scroll-like pattern.

**"A verdadeira responsabilidade não é senão a que se
exerce a respeito de alguém ou alguma coisa frágil,
que nos será confiada".**

Ricoeur (2006)



Sumário ::



1| Algumas considerações gerais sobre a Criança 3

1.1|Aspectos farmacocinéticos em Crianças 5

1.2|Aspectos farmacodinâmicos em Crianças 10

1.3|Fármacos Pediátricos: Orientações e 12

Cuidados

2| Fármacos mais utilizados em Serviços de 14 Urgência e UCI

3| Bibliografia 103

1|Algumas Considerações Gerais sobre a Criança

Na prática clínica, a prescrição racional de medicamentos deve considerar o emprego de dose capaz de gerar efeito farmacológico (eficácia) com mínimos efeitos tóxicos (segurança). Assim, surge a necessidade de se considerarem **características fisiológicas da criança**, de acordo com seu período de desenvolvimento e **parâmetros farmacocinéticos do fármaco** (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM, van den Anker JN, 2006).

As características fisiológicas são variáveis, principalmente na primeira década de vida, acarretando mudanças na funcionalidade de cada órgão (Kearns GL *et al*, 2003). Durante as fases de crescimento as crianças estão em contínuo desenvolvimento, apesar das diferenças e processos de maturação não serem matematicamente graduais ou previsíveis (Silva P, 2006). De acordo com o quadro seguinte, correlaciona-se cada fase de desenvolvimento humano com a sua idade respectiva, permitindo assim uma linguagem universal e uma melhor compreensão dos estádios da criança:

:: Fases de Desenvolvimento do Ser Humano ::	
Fase	Idade
Pré - Natal	0-9 meses
Embrionária Organogênese	0-3 meses
Fetal	3-9 meses
Inicial	3-6 meses
Terminal	6-9 meses
Natal Peri-natal Intra-natal	
Pós-natal	



Infância	0-12 anos
Recém-nascido	0-28 dias
Lactente	0-2 anos
Pré-escolar	2-7 anos
Escolar	7-10 anos
Adolescência	10-20 anos
Pré-puberal	10-12 14 anos
Puberal	12-14 anos a 14-16 anos
Pós-puberal	18-20 anos

Fonte: Johnson TN. The development of drug metabolizing enzymes and their influence on the susceptibility to adverse drug reactions in children. *Toxicology* 2003; 192: 37-48.

A simples extrapolação de doses de adultos para crianças - baseada apenas em peso corporal, área de superfície corporal ou idade - pode trazer consequências drásticas. Assim, eficácia e segurança da farmacoterapia nesta fase inicial da vida requerem compreensão completa do desenvolvimento biológico humano e da ontogênese dos processos farmacocinéticos (Johnson TN, 2003).

O espectro dessas variações estende-se desde crianças que nasceram com menos de 36 semanas, tendo imaturidade anatômica e funcional dos órgãos envolvidos nos processos farmacocinéticos, até as que têm mais de oito anos de idade e os adolescentes, em que a composição e a função dos órgãos se aproximam das dos jovens adultos (Kearns GL *et al*, 2003).



1.1| Aspectos farmacocinéticos em Crianças

❖ Absorção & Esvaziamento Gástrico ❖

Logo após o nascimento, o recém-nascido apresenta relativa acloridria; o pH do estômago, praticamente neutro após o parto, decresce para três dentro de 48 horas e nas 24 horas seguintes volta a ser neutro, permanecendo assim nos 10 dias subsequentes. A partir de então, há um decréscimo lento e gradual até alcançar valores do adulto por volta dos dois anos de idade. Estas variações de pH não são observadas em prematuros. Eles parecem ter pouco ou nenhum ácido livre durante os primeiros 14 dias de vida (Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; van den Anker JN, 2006). O pH intraluminal pode afectar directamente a estabilidade e o grau de ionização de um fármaco administrado oralmente, influenciando a sua absorção (Kearns GL, 2003).

O esvaziamento gástrico e a motilidade intestinal também apresentam alterações na fase inicial da vida. O esvaziamento gástrico pode aumentar cerca de seis a oito horas no primeiro ou segundo dia de vida. Fármacos absorvidos primariamente no estômago podem sofrer maior absorção inicialmente, diferentemente dos absorvidos no intestino delgado, que podem ter efeito retardado. O tempo de esvaziamento gástrico aproxima-se dos valores dos adultos a partir dos primeiros seis/ oito meses de vida (Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; van den Anker JN, 2006).

Em recém-nascidos o peristaltismo é irregular e lento, ocorrendo aumento do tempo de absorção. Logo, doses usuais podem tornar-se tóxicas. Ao contrário, na



presença de diarreia, o peristaltismo aumentado tende a diminuir o grau de absorção (Katzung BG, 2005). Após o nascimento, a alimentação estimula a motilidade gastrintestinal (Alcorn J; McNamara PJ, 2003) que amadurece durante a primeira infância (Kearns GL, 2003). **A imaturidade da mucosa intestinal aumenta a permeabilidade, interferindo com absorção intestinal de fármacos e funções biliar e pancreática** (Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; van den Anker JN, 2006). **Deficiência de sais biliares e de enzimas pancreáticas reduzem a absorção de medicamentos** que necessitam de solubilização ou hidrólise intraluminal para serem absorvidos. **O desenvolvimento dessas funções dá-se rapidamente no período pós-natal** (Alcorn J; McNamara PJ, 2003).

A absorção de fármacos administrados por via intramuscular é afectada pelo reduzido fluxo sanguíneo no músculo esquelético e pelas contrações musculares ineficientes, sobretudo em recém-nascidos (Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; van den Anker JN, 2006) no entanto, a absorção cutânea de fármacos administrados topicamente aumenta quando existe maior perfusão cutânea, epiderme mais hidratada e maior relação entre superfície corporal total e peso corporal (Kearns GL *et al*, 2003). **A absorção rectal não é tão acentuada.** Há maior número de contrações pulsáteis de elevada amplitude no recto dos bebés, podendo haver expulsão de fórmulas sólidas de fármacos, diminuindo efectivamente a sua absorção (Kearns GL *et al*, 2003). **Além disso, o pH local é mais alcalino na maioria das crianças** (Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; van den Anker JN, 2006)





❖ Distribuição ❖

A distribuição de fármacos em espaços fisiológicos é dependente da idade e composição corporal, como pode ser observado na tabela seguinte (Kearns GL *et al*, 2003):

Quantidade de Água Corporal	Água Extracelular	Água Intracelular	Idade
78%	45%	34%	Recém - Nascido
60%	27%	35%	Criança
58%	17%	40%	Adulto

Fonte: Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, Blowey DL, Leeder JS, Kauffman RE. Developmental pharmacology: drug disposition, action, and therapy in infants and children. *N Engl J Med* 2003; 349:1157-67.

Como muitos fármacos se distribuem através do espaço extracelular, o volume deste compartimento pode ser importante para determinar a concentração do fármaco no seu sítio activo, sendo mais significante para **compostos hidrossolúveis do que para os lipossolúveis** (Katzung BG, 2005).

Prematuros, recém-nascidos de termo, lactentes de quadro meses e crianças com um ano de idade têm proporção variável de gordura: cerca de 1%, 14%, 27% e 24,5% do peso corporal, respectivamente (Katzung BG, 2005; Alcorn J & McNamara PJ, 2003) . **Essa variação pode comprometer directamente a distribuição de medicamentos lipossolúveis.**

A barreira hematoencefálica no recém-nascido é incompleta e facilita, consequentemente, a penetração de fármacos no sistema nervoso central (Silva P, 2006) **havendo assim maior permeabilidade para fármacos lipossolúveis.** Além da maior permeabilidade da barreira hematoencefálica em recém-nascidos, há



preocupação com a maior susceptibilidade dessa faixa etária a fármacos que actuam no sistema nervoso central, entre eles os **analgésicos** (Simons AB & Tibboel D, 2006).

❖ Biotransformação ❖

O metabolismo hepático sofre alterações de acordo com a idade da criança (Johnson TN, 2003), encontrando-se **especialmente reduzido durante o primeiro mês de vida** [a concentração de hepatócitos em neonatos corresponde a menos de 20% da dos adultos] (Piñeiro-Carrero VM & Piñeiro EO, 2004). Como consequência, a imaturidade hepática traduz-se por toxicidade marcante de alguns fármacos em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, como, por exemplo, **a síndrome cinzenta associada ao uso de cloranfenicol** (Kearns GL *et al*, 2003). A maturação das enzimas, fluxo sanguíneo hepático, sistemas de transporte hepático e capacidade funcional do fígado são factores importantes para a **determinação da posologia** (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM & van den Anker JN, 2006).

Há relato de baixos níveis de actividade enzimática observada em crianças até três meses de idade (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM & van den Anker JN, 2006).

No recém-nascido, a **secreção biliar**, essencial para eliminação de compostos endógenos e xenobióticos, **é incompleta** (Piñeiro-Carrero VM & Piñeiro EO, 2004).



❖ Excreção ❖

No nascimento, os mecanismos de depuração renal encontram-se comprometidos (Alcorn J, McNamara PJ, 2003). **A maturação da função renal começa durante a organogênese fetal e completa-se no início da infância. A nefrogênese ocorre a partir de nove semanas de gravidez, completando-se na 36ª semana, seguida de mudanças pós-natais no fluxo sanguíneo renal e intra-renal** (Kearns GL *et al*, 2003).

Em prematuros, a nefrogênese incompleta compromete as funções tubular e glomerular dos rins. Após o nascimento, a função renal alcança o padrão observado em adultos no primeiro ano de vida (Alcorn J, McNamara PJ, 2003). **Nas duas primeiras semanas de vida, aumenta a taxa de filtração glomerular** devido a maior fluxo sanguíneo renal (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM & van den Anker JN, 2006). Em prematuros, há **valores mais baixos de filtração glomerular e mais lento desenvolvimento durante as primeiras duas semanas pós-parto**, em comparação a crianças de termo, assim **permanecendo até a quinta semana de vida**. Isso é importante para a estimativa da capacidade de eliminação renal em prematuros. A reabsorção tubular e os processos activos de secreção e reabsorção tubular podem ser comprometidos por túbulos com tamanho e função limitados, principalmente em prematuros (Alcorn J, McNamara PJ, 2003). **A maturação desta função leva aproximadamente um ano e o desenvolvimento completo dá-se em torno de três anos de idade. A excreção de sódio em neonatos prematuros parece ser inversa à idade gestacional, possivelmente devido à imaturidade tubular** (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM & van den Anker JN, 2006).

Os rins dos recém-nascidos apresentam capacidade reduzida de excretar ácidos orgânicos fracos como **penicilinas, sulfonamidas e cefalosporinas. Valores baixos do pH da urina, em relação aos do adulto, podem aumentar a reabsorção de ácidos orgânicos** (Alcorn J, McNamara PJ, 2003).

1.2| Aspectos farmacodinâmicos em Crianças

Crianças em desenvolvimento e crescimento, são mais susceptíveis a certos medicamentos. **Pode-se citar o efeito danoso das tetraciclinas na formação dentária e das fluoroquinolonas na cartilagem de crescimento** (Fuchs FD, Wannmacher L & Ferreira MBC, 2004).

❖ Doses em Crianças ❖

Não há consenso relativo à determinação da posologia em crianças. Em geral, os cálculos usam peso, superfície corporal e idade (Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM & van den Anker JN, 2006), **devendo ser individualizados**, embora em muitas bulas de medicamentos o fabricante coloque doses de acordo com peso ou faixa etária. **Esse cuidado é tanto mais importante, quanto menor for a idade da criança.** Em algumas situações, especialmente quando o medicamento é novo, pode-se calcular a dose da criança em função da do adulto, porém, se ainda não há doses para crianças, muito provavelmente esse medicamento ainda não foi testado suficientemente, necessitando de monitorização ainda mais criteriosa (Fuchs FD, Wannmacher L & Ferreira MBC, 2004). Logo, os cálculos individualizados são meras aproximações.

A utilização da superfície corporal, baseia-se no facto de a criança ser maior em relação ao peso do que nos adultos. A razão superfície corporal/ peso varia inversamente com a altura. Prefere-se a utilização da superfície corporal quando o peso da criança for superior a 10 kg. Quando for inferior a esse valor, o próprio peso é utilizado. Assim, **a dose do medicamento é apresentada em mg/kg/dia ou mg/m²/dia** (Fuchs FD, Wannmacher L & Ferreira MBC, 2004).



Quando a idade é levada em conta para cálculo de dose, usa-se a **Regra de Law**, abaixo na tabela citada:

Nome da Regra	Particularidades	Fórmula
Regra de Law	« 1 ano de idade	$DP = \frac{\text{idade da criança (meses)} \times DA}{150}$

DP: dose pediátrica **DA:** dose do adulto já estabelecida

Fonte: Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC, eds. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004: 942-8.

Alguns fármacos indicados em crianças têm **restrição por idade**, como demonstrado seguidamente na tabela:

Fármaco	Restrição
Atropina	Só em maiores de 3 meses
Azitromicina	Só em maiores de 6 meses
Benzoato de Benzila	Só em maiores de 2 anos
Cefazolina	Só em maiores de 1 mês
Clorfeniramina	Só em maiores de 1 ano
Clindamicina	Só em maiores de 1 mês
Doxicilina	Só em maiores de 8 anos
Efavirenz	Só em maiores de 3 anos
Fluoxetina	Só em maiores de 8 anos
Ibuprofeno	Só em maiores de 3 meses
Mefloquina	Só em maiores de 3 meses
Penicilina Procaína	Só em maiores de 1 mês
Prometazina	Só em maiores de 2 anos



Sulfadiazina de prata	Só em maiores de 2 meses
Trimetoprima	Só em maiores de 6 meses

Fonte: World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines for Children. [atualizada em Setembro de 2010; acesso em 10 de Outubro de 2010]. Disponível em: www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

Outro aspecto a considerar é a medição da dose de medicamentos por meio de utensílios domésticos. Há variabilidade de volume contidos em diferentes colheres, copos e outros recipientes. **Assim, é preferível escolher preparados comerciais que contenham suas próprias medidas com visível calibragem** (Fuchs FD, Wannmacher L & Ferreira MBC, 2004).



1.3| Fármacos Pediátricos: **Orientações e Cuidados**



❖ **Uso Oral** ❖

Para crianças, especialmente de pouca idade, a palatabilidade das formas farmacêuticas líquidas é aspecto a considerar no sentido de facilitar a adesão ao tratamento. **Formulação como elixir que contém álcool como adjuvante é desaconselhada, mesmo que o álcool esteja em pequena quantidade, desconhece-se quanto o fígado ainda imaturo pode metabolizá-lo.** Os edulcorantes são outros adjuvantes frequentemente utilizados para tornar mais palatáveis as formulações orais para crianças. **Cerca de 82% de xaropes com apresentações pediátricas contêm açúcar, o que contra-indica o seu uso em crianças diabéticas e favorece o**



aparecimento de cáries dentárias. O aspartame como adoçante também aparece em preparações pediátricas, tendo mostrado o seu **potencial carcinogénico**, assim sendo, **contra-indicado em mulheres grávidas**. A placenta pode concentrar a fenilalanina presente no adoçante, causando fenilcetonúria em crianças que têm **deficiência da enzima fenilalanina hidroxilase** (Soffritti M, Belpoggi F, Tibaldi E, Esposti DD & Lauriola M, 2007)

❖ **Uso Injectável** ❖

A administração intravenosa de fármacos em recém-nascidos requer atenção especial devido a **pequeno calibre das veias, presença de maior camada adiposa e emprego de pequenos volumes** (expondo a erros de diluição) (Autret-Leca E, Bensouda-Grimaldi L, Le Guellec C & Jonville-Béra AP, 2006).

❖ **Uso Tópico** ❖

A aplicação cutânea de alguns fármacos, pela maior permeabilidade da pele infantil, pode gerar efeitos sistémicos, principalmente sob curativos oclusivos ou por tempo prolongado ou em grandes extensões de pele. **É o caso do emprego de corticóides tópicos, por exemplo**. Deve-se ter cautela também em relação a formulações iodadas, vaselina salicilica, cânfora, mercúrio e hexaclorofeno (Autret-Leca E, Bensouda-Grimaldi L, Le Guellec C & Jonville-Béra AP, 2006).



2| Fármacos mais utilizados em Serviços de Urgência e UCI

A

Acetilcisteína

Grupo Farmacológico	Antídoto do Paracetamol:: Mucolítico
Indicações	::PO: sobredosagem do Paracetamol ::IN: mucolítico
Ação	::PO: prevenção de lesão hepática por intoxicação do Paracetamol ::IN: diminuição da viscosidade do muco
Efeitos Adversos	Sonolência :: urticária :: rinorreia :: estomatite :: aumento de secreções :: náuseas/ vômitos :: febre/ arrepios :: broncoespasmo (raro)
Posologia	::PO: 140mg/Kg (iniciais) seguido de 70mg/kg de 4/4h até 17 doses adicionais ::IN: 1-10 ml de uma solução a 20% (pode ser diluída em NaCl 0,9% ou água estéril para injectáveis) ou 2-20 ml de uma solução a 10% (pode ser administrada sem diluir) com intervalos de 6/6h
Farmacodinâmica	::PO: duração de 4h ::IN: 1 min para início de efeito



5 - 10 min para pico de efeito

Interações	CARVÃO ACTIVADO (aumenta absorção de acetilcisteína e diminui a sua actividade como antídoto)
-------------------	--

Aciclovir

Grupo Farmacológico	Antiviral
Indicações	::PO: tratamento e profilaxia de herpes genital ::EV: tratamento inicial de infecções graves por herpes genitalis controlo inicial ou recorrente de infecções de pele e mucosas provocadas por herpes simplex em doentes imunodeprimidos
Ação	Inibe a replicação viral
Efeitos Adversos	Tonturas :: cefaleias :: convulsões :: acne :: hipersudorese :: erupção cutânea :: urticária :: hiperplasia gengival :: alterações do ciclo menstrual :: diarreia/ náuseas/ vômitos :: dor abdominal :: insuficiência renal :: hematúria/ cristalúria :: dor/ flebite :: polidipsia :: dor articular
Posologia	::EV » 12 anos: 5mg/kg de 8/8h ::EV « 12 anos: 250 mg/kg de 8/8h
Farmacodinâmica	::EV: 8h de duração
Interações	PROBENECIDA (aumenta a concentração sérica do aciclovir) FÁRMACOS NEFROTÓXICOS (aumenta o risco de efeitos renais adversos) METOTREXATO INTRATECAL (aumenta o risco de efeitos colaterais ao nível do SNC)

Adrenalina| Epinefrina

Grupo Farmacológico	Broncodilatador :: Estimulante Cardíaco :: Adrenérgico Oftálmico :: Anti-glaucoma
Indicações	Asma/ formas reversíveis de patologia respiratória :: Anafilaxia :: PCR :: Glaucoma :: Adjuvante de anestesia local
Ação	Broncodilatação :: estimulação cardíaca :: vasoconstrição :: diminuição/ aumento de humor aquoso (oftálmico) :: midriase
Efeitos Adversos	Nervosismo/ agitação/ insónias/tremores/ cefaleias :: HTA/ arritmias :: hiperglicemia :: náuseas/vômitos :: retenção/ hesitação urinária
Posologia	BRONCODILATADOR REACÇÕES ANAFILÁTICAS ::SC: 0,01 mg/kg, repetir a cada 15 minutos por mais 2 vezes. Depois de 4/4h conforme necessário ::IN: 1-2 inalações de aerossol ou solução 1:100 VASOPRESSOR CHOQUE ANAFILÁTICO ::IM EV: 0,3 mg/kg pode repetir-se de 15-15 min, durante 3/ 4vezes PCR ::EV: 0,01 mg/kg, repetindo em intervalos de 5 minutos. Pode seguir-se uma infusão de 0,1 mcg/kg/min (inicial). Não exceder os 1,5 mcg/kg/min
Farmacodinâmica	::SC IM: 5-10 min (início) 20 min (efeito de pico) 20-30 min de duração ::EV: início rápido 20 min (efeito de pico) 20-30 min de duração



::IN: 3-5 min (início)
20 min (efeito de pico)
1-3h de duração

Interacções	DESCONGESTIONANTES (potencia efeito simpaticomimético) INIBIDORES DA MAO (crise HTA) ANESTÉSICOS GERAIS :: GLICOSÍDOS CARDÍACOS (arritmias) BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS (inibição da resposta terapêutica, excepto com epinefrina oftálmica)
--------------------	--

Aminofilina

Grupo Farmacológico	Broncodilatador
Indicações	Obstruções reversíveis das vias aéreas
Ação	Inibe a fosfodiesterase, produzindo um aumento de AMPc nos tecidos, resultando: estimulação cardíaca/ SNC :: aumento de diurese/ acidez gástrica
Efeitos Adversos	::Nervosismo/ ansiedade :: cefaleias/ insónias :: convulsões :: taquicardia :: palpitações :: arritmias :: náuseas/ vômitos :: cólicas :: tremores
Posologia	::PO: 7,5mg/ kg (inicial) seguida de 3-6 mg/kg com intervalos de 6-8h ::EV: 5,6 mg/kg (inicial) seguida de 1 mg/kg/h em perfusão contínua ::PO EV em RN » 8 semanas : 1 mg/kg/h, por cada 2mcg/ ml de aumento pretendido na concentração plasmática, seguido de 1-3 mg/kg de 6-6h ::PO EV em RN entre 4-8 semanas : 1 mg/kg/h, por cada 2mcg/ ml de aumento pretendido na concentração plasmática, seguido de 1-2 mg/kg de 8/8h



	::PO EV em RN de termo até 4 semanas: 1 mg/kg/h, por cada 2mcg/ ml de aumento pretendido na concentração plasmática, seguido de 1-2 mg/kg de 12/12h
Farmacodinâmica	::PO: 15-60 min (início da broncodilatação) 1-2h efeito de pico 6-8h duração do efeito ::EV: início rápido fim da efusão (efeito de pico) 6-8h duração do efeito
Interacções	AGENTES ADRENÉRGICOS (potencia os efeitos laterais a nível cardiovascular e de SNC) LITIO (diminuição da sua absorção) FENOBARBITAL :: RIFAMPICINA :: CARBAMAZEPINA (aumentam a sua metabolização e diminuem a sua eficácia) ERITROMICINA :: BETA-BLOQUEANTES :: CIMETIDINA :: ALOPURINOL (diminuem a metabolização e podem originar toxicidade)

Amlodarona

Grupo Farmacológico	Antiarritmico Tipo III
Indicações	Terapêutica e profilaxia de arritmias ventriculares potencialmente letais
Ação	Aumenta o potencial de acção/ periodo refractário do tecido miocárdico :: inibe a estimulação adrenérgica :: diminuição da FC sinusal :: aumenta os intervalos de PR e QT :: diminuição da resistência vascular periférica
Efeitos Adversos	::Mal-estar/ fadiga/ tonturas :: insuficiência cardíaca congestiva :: bradicardia :: agravamento de arritmias :: fotossensibilidade :: náuseas/ vômitos/ obstipação :: tremores/ movimentos involuntários/ parestesias



Posologia	::EV: 5 mg/kg em 20 min, durante 2h. Pode ser administrada uma perfusão de 15 mg/kg em cada 24h, dependendo da doença em causa. Em caso de emergência podem ser administrados 150 mg - 300 mg, numa injeção lenta de 3 minutos. ::PO: uso não comprovado em crianças.
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	DIGOXINA :: QUINIDINA :: FLECAINIDA :: PROCAINAMIDA :: FENITOINA (aumenta dos seus níveis plasmáticos) VARFARINA (aumenta a sua actividade)

Atropina

Grupo Farmacológico	Anticolinérgico :: antimuscarínico :: antiarritmico
Indicações	::IM: inibição da salivagem e excesso de secreções respiratórias (pré-operatório) ::EV: tratamento de bradicardia sinusal :: reversão de efeitos adversos de dos anticolinesterásicos ::PO: tratamento adjuvante de úlcera péptica e síndrome de colon irritável ::OFT: produz midríase :: tratamento de inflamação da íris e úvea ::IN: tratamento de broncoespasmo (curta duração) ::IM EV: tratamento de envenenamento por anticolinesterásicos (pesticidas organofosforados)
Ação	Aumenta a FC :: Diminui as secreções gastro-intestinais e respiratórias :: reversão de efeitos muscarínicos :: broncodilatação :: ação espasmolítica nas vias biliares e genito-urinárias
Efeitos Adversos	Sonolência/ confusão :: palpitações/ taquicardia :: visão turva/ midríase :: xerostomia :: hesitação urinária



Posologia	BRADICARDIA ::EV: 0,01 mg/kg a 0,03 mg/kg (dose máxima 0,5 mg) BRONCOESPASMO ::IN: 0,05 mg/kg 3-4 vezes ao dia ENVENENAMENTO POR ORGANOFOSFORADOS ::IM EV: 0,05 mg/ kg com intervalos de 10-30 min de acordo com necessidades
Farmacodinâmica	::PO: início em 30 min 30-60 min (efeito de pico) 4-6h de duração ::IM: início rápido 15-30 min (efeito de pico) 4-6h de duração ::EV: efeito imediato 2-4 min (efeito de pico) 4-6h de duração ::IN: 15 min (início) 15 min - 1,5h (efeito de pico) ::OFT: 30-40 min (início) 24 h (efeito de pico) 1-2 semanas de duração
Interacções	ANTI-HISTAMINICOS :: ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS :: QUINIDINA :: DISOPERAMIDA (altera a absorção destes fármacos por diminuição da motilidade GI) ANTI-ÁCIDOS (diminuem a absorção de anticolinérgicos) CLORETO DE POTÁSSIO (aumenta as lesões gástricas)

Acetilcilato de Lisina

Grupo Farmacológico	Analgésicos e Antipiréticos
Indicações	Dor ligeira a moderada :: Pirexia



Ação	Melhoria de estados febris e dor :: Antiagregante Plaquetário
Efeitos Adversos	Irritação gástrica :: perda gastrointestinal de sangue assintomática :: aumento do tempo de hemorragia :: rashes :: broncospasmo
Posologia	::PO/EV em crianças » 12 anos : 900 - 1800 mg/dia. Dose máxima de 7200 mg/dia ::PO como antiagregante plaquetário: 180 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTIÁCIDOS (aumentam a sua excreção urinária) CORTICÓIDES :: ANTICOAGULANTES (hemorragia :: úlcera gastrointestinal) FENITOINA :: VALPROATO (aumentam os seus níveis) METOTREXATO (redução dos seus níveis) DIURÉTICOS (acetilcilate de lisina antagoniza os seus efeitos)

Ácido Valprólico

Grupo Farmacológico	Antiepiléticos :: Anticonvulsivantes
Indicações	Epilepsias generalizadas (pequeno mal e grande mal) e parciais (simples e complexas) :: formas mistas :: convulsões febris nas crianças :: privação do sono :: alterações do comportamento associado à epilepsia
Ação	Melhoria de estados epiléticos :: melhoria de estados de humor nas psicoses maniaco - depressivas :: profilaxia da enxaqueca
Posologia	::PO/EV em crianças com « 20kg : 20 mg/kg/dia em várias administrações. ::PO/EV em crianças com » 20 kg/dia : 400 mg/dia podendo atingir os 35 mg/kg/dia



Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ÁLCOOL :: DEPRESSORES DO SNC (potencia os seus efeitos) ANTICONVULSIVANTES :: BARBITÚRICOS (risco de toxicidade) AAS :: DIPIRIDAMOL :: VARFARINA (risco de hemorragia) CLONAZEPAM (crises de ausências) SALICILATOS :: CIMETIDINA (aumentam os níveis de ácido valpróico) COLESTIRAMINA (reduz a sua absorção)

Ácido Fólico

Grupo Farmacológico	Antianémicos
Indicações	Anemias Megaloblásticas
Ação	Tratamento de anemias megaloblásticas
Efeitos Adversos	Eritema :: prurido :: mau-estar geral :: dificuldade respiratória :: anorexia :: náuseas/ vômitos :: distensão abdominal :: flatulência
Posologia	::PO em crianças » 1 ano: 500 mcg/kg/dia, durante 4 meses ::PO em crianças « 1 ano: 0,5 mg/dia ::PO em crianças com « 2,5 kg ou 36 semanas: 0,25 mg/dia ::PO em crianças com estado de malabsorção: 15 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	FENITOINA (reduz os seus níveis séricos) CLORANFENICOL (reduz a resposta hematopoiética)



Amoxacilina & Ácido Clavulânico

Grupo Farmacológico	Antibacteriano :: Associação das Penicilinas com Beta-lactamases
Indicações	Tratamento de Infecções: de pele e tecidos moles :: das vias superiores e inferiores :: complicadas ou não complicadas do trato urinário :: ginecológicas
Acção	A acção inibidora das beta-lactamases do ácido clavulânico permite aumentar o espectro de acção da amoxacilina
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: dispepsia :: dores abdominais :: urticária :: eosinofilia :: difficuldade respiratória :: choque anafilático
Posologia	::PO em crianças » 12 anos : 1g de 8-8h ::PO em crianças dos 6-12 anos : 5mL (1 colher) de 8-8h ::PO em crianças dos 1-6 anos : 5mL (1 colher) de 8-8h ::PO em crianças dos 3 - 12 meses : 2,5 mL (1/2 colher de 8-8h
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ALOPURINOL (risco de fenómenos cutâneos) PROBENICIDA (aumento de concentrações séricas de amoxacilina e ácido clavulânico)

Alprazolam

Grupo Farmacológico	Sedativo Hipnótico :: Benzodiazepina :: Ansiolítico
Indicações	Tratamento da ansiedade :: adjuvante do tratamento da depressão :: controlo de crises de pânico
Acção	Diminuição de Ansiedade
Efeitos Adversos	Tonturas :: sonolência :: letargia :: visão turva ::



	tolerância :: dependência psicológica e física
Posologia	::PO: 0,25 - 0,5mg cerca de 2 a 3 vezes por dia.
Farmacodinâmica	::PO: início 1-2h 1-2h (efeito de pico) 24h de duração
Interações	ÁLCOOL :: ANTIDEPRESSIVOS :: ANTI-HISTAMINICOS :: NARCÓTICOS (depressão do SNC) CIMETIDINA (diminui a sua metabolização) LEVODOPA (diminui a sua eficácia) RIFAMPICINA :: BARBITÚRICOS :: ÁCIDO VALPRÓICO (aumenta o metabolismo e diminui a eficácia do alprazolam)

Amicacina

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Aminoglicosídeo
Indicações	Tratamento de infecções graves, quando as penicilinas ou outros fármacos menos tóxicos estão contra-indicados
Ação	Ação bactericida contra bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Ototoxicidade :: nefrotoxicidade :: reacções de hipersensibilidade :: bloqueio neuromuscular
Posologia	::IM/EV: 15mg/kg/dia em intervalos de 8-12h ::IM/EV em recém-nascidos: 10mg/kg inicialmente, seguindo-se 7,5mg/kg a cada 12h.
Farmacodinâmica	::IM: início rápido 0,75-1,5h (efeito de pico) ::EV: início rápido fim da efusão (efeito de pico)
Interações	PENICILINAS (inativado em doentes insuficientes renais) ANESTÉSICOS :: BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (potencial paralisa respiratória)



DIURÉTICOS DE ANSA (aumento da toxicidade)

FÁRMACOS NEFROTÓXICOS (aumento da nefrotoxicidade)

Amitriptilina

Grupo Farmacológico	Antidepressivos com propriedades sedativas
Indicações	Tratamento da depressão :: tratamento da enurese noturna sem patologia orgânica
Ação	Melhoria do estado depressivo e da ocorrência da enurese noturna
Efeitos Adversos	Hipotensão :: Síncope :: Arritmias :: taquicardia :: agravamento de sintomas psicóticos :: desorientação :: ansiedade :: excitação :: sonolência :: crises hiperpiréticas :: convulsões graves :: midriase :: visão turva :: boca seca :: edema da face e da língua :: náuseas/ vômitos :: diarreia :: vertigens :: fraqueza :: fadiga :: cefaleias
Posologia	:: Não administrado a crianças « 12 anos por falta de experiência :: ::PO em adolescentes: 50 mg numa toma única ou de forma fraccionada, ao fim da tarde ou ao deitar ENURESE ::PO em crianças com « 6 anos: 10 mg ao deitar ::PO em crianças dos 6-10 anos: 10 a 20 mg ao deitar ::PO em crianças dos 11-16 anos: 25-50 mg por dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ANTIDEPRESSIVOS (reações adversas) GUANETIDINA (bloqueia a sua ação anti-hipertensiva) ANTICOLINÉRGICOS :: SIMPATICOMIMÉTICOS (risco de íleo paralítico) CIMETIDINA (redução do metabolismo hepático) DEPRESSORES DO SNC (potencia o efeito do álcool, dos



barbitúricos e de outros antidepressivos)

Ácido Acetilsalicílico (AAS)

Grupo Farmacológico	Inibidores da Agregação Plaquetária
Indicações	Inibição da Agregação Plaquetária: na Angina de Peito Instável :: no Enfarte Agudo do Miocárdio :: Prevenção de TVP :: Profilaxia da Enxaqueca :: Síndrome de Kawasaki
Ação	Ação anticoagulante e antitrombótica
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: diarreia :: ligeiras perdas sanguíneas :: úlceras gastrointestinais :: hemorragia :: perfuração :: tonturas :: zumbidos :: hipoglicemia
Posologia	SÍNDROME DE KAWASAKI ::PO: 30 mg/kg/dia TROMBOSE DO SÍNDROME DE KAWASAKI ::PO: 3 a 5 mg/kg/dia PREVENÇÃO DA ENXAQUECA ::PO em crianças e adolescentes : 2-5mg/kg/dia
Farmacodinâmica	::PO: início desconhecido 0,3 - 2h (efeito de pico) 12 h de duração
Interações	ANTICOAGULANTES (intensificado o seu efeito) CORTICOESTERÓIDES (risco de hemorragia intestinal) AINES :: SULFONILUREIAS :: METOTREXATO :: DIGOXINA :: BARBITÚRICOS :: LÍCIO :: ÁCIDO VALPRÓICO :: SULFONAMIDAS (potenciado o seu efeito) ANTAGONISTAS DA ALDOSTERONA :: DIURÉTICOS DA ANSA :: URICOSÚRICOS (reduzidos os seus efeitos)

Ácido Aminocaprílico

Grupo Farmacológico	Hemostático
Indicações	Controlo de hemorragias agudas potencialmente letais
Acção	Inibição da fibrinólise e estabilização do coágulo
Efeitos Adversos	Tonturas :: mal-estar :: arritmias :: hipotensão :: zumbidos :: cólicas :: náuseas/vómitos/diarreia :: poliúria :: miopatia
Posologia	::EV: 100mg/kg na primeira hora, seguido de infusão continua a 33,3 mg/kg/h.
Farmacodinâmica	::EV: início desconhecido 2h (efeito de pico)
Interacções	Não significativas.

B

Bicarbonato de Sódio

Grupo Farmacológico	Electrólito :: Modificador Electrolítico :: Alcalinizante:: Anti-Ácido
Indicações	Controlo da acidose metabólica :: Alcalinizador urinário :: Excretor de fármacos em sobredosagem (fenobarbital, AAS) :: Anti-Ácido
Acção	Alcalinização :: Neutralização da acidez gástrica
Efeitos Adversos	Edema :: alcalose metabólica :: hipernatremia :: hipocaliemia :: hipocalcemia :: distensão gástrica/ flatulência :: flebite :: tetania
Posologia	ACIDOSE METABÓLICA



	::EV crianças » 12 anos: 2-5 mEq/ kg em infusão durante 4-8h PCR ::EV: 1 mEq/Kg, podendo repetir-se a cada 10 min ALCALINIZAÇÃO DA URINA ::PO: 1-10 mEq/ Kg repartidos ao longo do dia
Farmacodinâmica	::PO: início imediato 30 min (efeito de pico) 1-3h de duração ::EV: início imediato rápido efeito de pico
Interacções	FÁRMACOS ADMINISTRADOS PELA VIA PO (diminui a absorção) ANTIÁCIDOS COM CÁLCIO SALICILATOS :: BARBITÚRICOS (diminuição dos níveis) QUINIDINA :: ANFETAMINA (aumento dos níveis)

Bisacodilo

Grupo Farmacológico	Laxante de contacto
Indicações	Obstipação :: Preparação para realização de meios auxiliares de diagnóstico (MAD) no pré e pós - operatório
Acção	Acção laxativa :: hidrólise no intestino grosso :: movimentos peristálticos ao nível do cólon :: acumulação de água e electrólitos a nível cólico
Posologia	OBSTIPAÇÃO ::RECTAL em crianças com » 10 anos: 1 supositório (10 mg) PREPARAÇÃO PARA MAD ::PO/RECTAL em crianças com » 4 anos: 1 drageia á noite e ½ supositório na manhã seguinte
Farmacodinâmica	::RECTAL: início desconhecido



	30 min (efeito de pico)
	Duração desconhecida
	::PO: desconhecido
Interações	DIURÉTICOS :: ADRENOCORTICÓIDES (aumento o risco de desequilíbrio hidro-electrolítico)

Biperideno

Grupo Farmacológico	Anticolinérgicos
Indicações	Síndromes Parkinsonianas (rigidez e tremor) :: sintomas extrapiramidais (discinésias precoces, acatisia, estados de tipo parkinsoniano induzidos por neurolepticos e outros fármacos similares)
Ação	Redução dos sintomas parkinsonianos (tremor e rigidez) e extrapiramidais
Efeitos Adversos	Secura da boca :: obnubilação :: cansaço :: vertigem :: obstipação e aumento da frequência cardíaca :: diminuição da TA ::
Posologia	SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIIS MEDICAMENTOSOS ::PO em crianças dos 3-15 anos: ½ -1 comprimido, até 3 vezes ao dia ::EV em crianças até 1 ano: 1 mg, lentamente ::EV em crianças até 6 anos: 2mg, lentamente ::EV em crianças com 10 anos: 3mg, lentamente (se administração EV não surtir efeito pode ser realizada nova administração 30 min após) ESPASTICIDADE PIRAMIDAL ::PO em crianças dos 1-5 anos: ¼ - ½ comprimido, 1-3 vezes por dia ::PO em crianças dos 6-11 anos: ½ a 1 comprimido, 1-6



	vezes por dia :: PO em crianças dos 12-16 anos : 1 comprimido, 2-6 vezes por dia TCE FECHADOS E DOENTES POS - EMOCIONAIS ::EV: ¼ -1 ampola, várias vezes ao dia até melhorarem o seu estado de consciência
Farmacodinâmica	::PO: efeitos desconhecidos ::EV: início extremamente rápido efeito de pico e duração desconhecidos
Interações	ANTIPARKINSÓNICOS (efeitos vegetativos potenciados) ÁLCOOL (pode deprimir os seus efeitos)

Bromazepam

Grupo Farmacológico	Benzodiazepinas
Indicações	Ansiedade e Síndrome de Ansiedade :: Tensão :: Alterações do humor :: Esquizofrenia
Acção	Melhoria de sinais e sintomas de ansiedade extrema
Efeitos Adversos	Estado confusional :: perturbação emocional :: alterações da libido :: agitação :: irritabilidade :: agressividade :: delírio :: raiva :: pesadelos :: alucinações :: psicoses
Posologia	::PO: 0,1 - 0,3 mg/kg, 1-2 vezes por dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ÁLCOOL (intensificação do efeito sedativo) ANALGÉSICOS NARCÓTICOS (intensificação da euforia) CIMETIDINA (podem aumentar o tempo de semi-vida do fármaco)

Bisoprolol

Grupo Farmacológico	Bloqueador Beta
Indicações	HTA :: Cardiopatia Coronária
Ação	Redutor da FC e TA
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: diarreia :: dor abdominal :: obstipação :: claudicação intermitente :: bradicardia :: aumento da insuficiência cardíaca :: broncoespasmo :: artralgia
Posologia	::PO: 5 - 10 mg, uma vez dia. Pode atingir um máximo de 20 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTI-HIPERTENSORES :: PSICOTRÓPICOS (efeito hipotensor potenciado) ANTIARRITMICOS :: ANESTÉSICOS :: BARBITÚRICOS (potencia diminuição da FC) SIMPÁTICOMIMÉTICOS (antagonizam o efeito do Bisoprolol)

Butilescopolamina

Grupo Farmacológico	Antiespasmódicos
Indicações	Espasmos Gastrointestinais
Ação	Melhoria de estado espasmódico
Efeitos Adversos	Boca seca :: tonturas :: retenção urinária :: taquicardia :: choque anafilático
Posologia	::EV/IM/SC: 5 mg/dia, não excedendo os 20 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível



Interacções	ANTICOLINÉRGICOS (reforço de acção) AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS (antagonismo de acção)
--------------------	--

C

Cefotaxima

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Cefalosporina de 3ª Geração
Indicações	Tratamento de Infecções: pele/estruturas cutâneas :: ósseas e articulares :: urinárias/ ginecológicas :: respiratórias :: intra - abdominais :: Septicemia :: Meningite :: Profilaxia Peri - operatória
Acção	Acção bactericida contra bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Convulsões :: erupção cutânea :: urticária :: náuseas/ vômitos/ diarreia :: colite pseudomembranosa :: flebite :: dor :: anafilaxia
Posologia	::IM/ EV em crianças com » 50 kg : 1g com intervalos de 6-8h ::IM/ EV em crianças com « 50 kg ou » 1 mês : 50-160 mg/kg/dia, em intervalos de 4/6h ::EV em Lactentes (1-4 semanas) : 50 mg/ kg de 8/8h ::EV em Lactentes (0-1 semana) : 50 mg/kg de 12 - 12 h
Farmacodinâmica	::IM: início rápido 0,5h (efeito de pico) ::IM: início rápido fim da efusão (efeito de pico)
Interacções	AMINOGLICOSÍDEOS

Ceftazidima

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Cefalosporina de 3ª Geração
Indicações	Tratamento de Infecções: pele/estruturas cutâneas :: ósseas/ articulares :: urinárias/ ginecológicas :: respiratórias :: intra-abdominais :: septicemia :: meningite
Ação	Ação bactericida contra agentes susceptíveis
Efeitos Adversos	Convulsões :: erupção cutânea/ urticária :: náuseas/ cólicas/ vômitos/ diarreia :: colite pseudomembranosa :: flebite :: dor :: anafilaxia
Posologia	::IM/EV em crianças de 1-12 meses : 30-50 mg/kg/dia, em doses de 8/8h ::EV em crianças até 4 semanas : 30 mg/kg de 12-12h
Farmacodinâmica	::IM: início rápido 1h (efeito de pico) ::EV: início rápido fim da efusão (efeito de pico)
Interações	PROBENECIDA (diminui a excreção do fármaco e aumenta a sua concentração sérica)

Ceftriaxona

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Cefalosporina de 3ª Geração
Indicações	Tratamento de Infecções: pele/estruturas cutâneas :: ósseas/ articulares :: urinárias/ ginecológicas :: respiratórias :: intra-abdominais :: meningite
Ação	Ação bactericida contra agentes susceptíveis



Efeitos Adversos	Convulsões :: erupção cutânea/ urticária :: náuseas/ cólicas/ vômitos/ diarreia :: colite pseudomembranosa :: flebite :: dor :: anafilaxia
Posologia	::IM/ EV: 50 - 75 mg/kg/dia, com intervalos de 12h MENINGITE ::EV: 100 mg/kg/dia
Farmacodinâmica	::IM: início rápido 1-2h (efeito de pico) ::EV: início rápido fim da efusão (efeito de pico)
Interações	PROBENECIDA (diminui a excreção do fármaco e aumenta a sua concentração sérica)

Cefuroxima

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Cefalosporina de 3ª Geração
Indicações	Tratamento de Infecções: pele/estruturas cutâneas :: ósseas/ articulares :: urinárias/ ginecológicas :: respiratórias :: intra-abdominais :: meningite :: septicemia :: profilaxia pré-operatória :: PO: faringites :: amigdalites :: otites
Ação	Ação bactericida contra agentes susceptíveis
Efeitos Adversos	Convulsões :: erupção cutânea/ urticária :: náuseas/ cólicas/ vômitos/ diarreia :: colite pseudomembranosa :: flebite :: dor :: anafilaxia
Posologia	::IM/ EV em crianças/ lactentes » 3 meses : 50 - 100 mg/kg/dia, em intervalos de 6-8h MENINGITE ::EV: 200 -240 mg/kg/dia
Farmacodinâmica	:: PO: início rápido 2h (efeito de pico)



:: IM: início rápido
15-60 min (efeito de pico)
:: EV: início rápido
fim da efusão (efeito de pico)

Interacções PROBENECIDA (diminui a excreção do fármaco e aumenta a sua concentração sérica)

Ciprofloxacina

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Quinolona
Indicações	Tratamento de Infecções: das Vias Aéreas Inferiores :: pele/estruturas cutâneas :: ósseas/ articulares :: urinárias :: diarreia
Acção	Morte de bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Tremores :: agitação :: convulsões :: alucinação :: náuseas/ diarreia /vómitos/ dor abdominal :: hematúria :: erupção cutânea :: fotosensibilidade
Posologia	::PO: 7,5 - 15 mg/kg/dia, de 12-12h
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ANTI-ÁCIDOS (diminui a absorção da Ciprofloxacina) ALCALINIZADORES DA URINA (aumenta o risco de cristalúria)

Cisatracúrio

Grupo Farmacológico	Relaxantes Musculares :: Curarizantes de Acção Periférica
Indicações	Tratamentos Cirúrgicos :: Procedimentos em UCI :: Adjuvante da anestesia geral ou sedação :: Relaxamento dos músculos esqueléticos :: Facilitador da entubação



	traqueal e ventilação mecânica
Ação	Bloqueador Neuromuscular
Efeitos Adversos	Bradicardia :: hipotensão :: rubor cutâneo :: rash cutâneo :: broncoespasmo :: anafilaxia
Posologia	ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ::EV em crianças 1 mês - 12 anos de idade: 0,15 mg/kg em 5 a 10 segundos (em crianças com < 1 mês: fármaco não estudado).
Farmacodinâmica	::EV em crianças 1 - 11 meses: início rápido 1,40 min (efeito de pico) 52 min de duração (até 25% de respiração espontânea conservada) :: EV em crianças 1 - 12 anos: início rápido 2,30 min (efeito de pico) 43 min (até 25% de respiração espontânea conservada)
Interações	ANESTÉSICOS :: CETAMINA & OUTROS BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES :: ANTIBACTERIANOS ANTIARRITMICOS :: DIURÉTICOS :: SAIS DE MAGNÉSIO :: LITIO (potencia a ação do cisatracúrio) FENITOINA :: CARBAMAZEPINA (efeito diminuído)

Claritromicina

Grupo Farmacológico	Antibacterianos Macrólidos
Indicações	Tratamento de Infecções: do trato respiratório superior :: respiratório inferior :: pele e tecidos moles
Efeitos Adversos	Diarreia :: náuseas/ vômitos :: dor abdominal :: dispepsia :: cefaleias :: alteração no paladar :: aumento das enzimas



	hepáticas
Posologia	::PO em crianças dos 6 meses-12 anos : 7,5 mg/kg, duas vezes por dia (máximo de 500mg, em casos de infecções severas), de 7 a 10 dias
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ALPRAZOLAM :: CARBAMAZEPINA :: CILOSTAZOL :: CISAPRIDA :: CICLOSPORINA :: DISOPIRAMIDA :: METILPREDNISOLONA :: MIDAZOLAM :: OMEPRAZOLE :: ANTICOAGULANTES ORAIS :: FENITOINA :: TEOFILINA :: VALPROATO DE SÓDIO (aumento dos níveis séricos destes fármacos)

Clindamicina

Grupo Farmacológico	Antibiótico
Indicações	Tratamento de Infecções: pele/ estruturas cutâneas :: respiratórias :: septicemia :: intra - abdominais :: ginecológicas :: osteomielite
Ação	Bactericida ou bacteriostático, dependendo da susceptibilidade e concentração
Efeitos Adversos	Tonturas/ vertigens/ cefaleias :: hipotensão/ arritmias :: erupção cutânea :: diarreia / náuseas / vômitos :: colite pseudomembranosa :: sabor amargo (EV) :: flebite
Posologia	:: PO: 8-25 mg/kg/dia com intervalos de 6-8h :: PO em crianças < 10kg : 37,5mg a cada 8h :: IM: 15-40 mg/kg/dia, em intervalos de 6-8h :: IM RN : 15-20 mg/kg/dia, em intervalos de 6-8h :: EV: 15-40 mg/kg/dia, em intervalos de 6-8h :: EV RN : 15-20 mg/kg/dia, em intervalos de 6-8h
Farmacodinâmica	:: PO: início rápido 45 min (efeito de pico)



:: IM: início rápido
1,3h (efeito de pico)
:: EV: início rápido
fim da efusão (efeito de pico)

Interacções	SILICILATO DE ALUMINIO (diminui a absorção GI) BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (potencia o bloqueio)
--------------------	--

Clonidina

Grupo Farmacológico	Anti - Hipertensor :: Acção Adrenérgica Central
Indicações	Controlo de HTA ligeira ou moderada
Acção	Redução da actividade simpática :: diminuição da resistência vascular periférica :: diminuição da resistência vascular renal :: diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial
Efeitos Adversos	Secura da boca :: sudção :: náuseas/ vômitos :: cefaleias :: tonturas :: mal-estar :: impotência :: fadiga :: hipotensão ortostática :: secura da mucosa nasal
Posologia	::PO: 0,075 - 0,150 mg, duas vezes ao dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	BLOQUEADORES BETA :: DIGITÁLICOS (potencia bradicardia) ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS :: NEUROLÉPTICOS (reduzem efeito hipotensor da clonidina) ÁLCOOL (potenciado pela clonidina) AINES (redução de efeito de clonidina)

Cloreto de Cálcio



Grupo Farmacológico	Electrólito :: Modificador Electrolítico :: Sal de Cálcio
Indicações	Hipocalcemia :: Hipoparatiroidismo :: Diarreia Crônica :: Pancreatite :: Carência de Vitamina D e Hiperfosfatemia :: Envenenamento por metais pesados
Acção	Reposição de cálcio em casos de carência
Efeitos Adversos	Formigueliro/ síncope :: bradicardia/ arritmias/ PCR :: náuseas/ vômitos/ obstipação :: cálculos renais :: flebite
Posologia	HIPOCALCEMIA EMERGENTE ::EV: 1-7 mEq ::EV Lactentes : « 1mEq TETANIA HIPOCALCEMICA ::EV: 0,5-0,7 mEq/ Kg, 3-4 vezes/ dia ::EV RN : 2,4 mEq/Kg/dia, repartidos por varias doses
Farmacodinâmica	::EV: início/efeito de pico imediatos 0,5 - 2h de duração
Interacções	GLICOSÍDEOS CARDIACOS (risco de toxicidade) ANTI-ÁCIDOS

Cloreto de Potássio

Grupo Farmacológico	Electrólito :: Modificador Electrolítico
Indicações	Tratamento ou prevenção da depleção de potássio em doentes incapazes de ingerir quantidades adequadas deste electrólito :: tratamento de arritmias devido a toxicidade digitalica
Acção	Reposição em situação de défice :: Prevenção de deficiências
Efeitos Adversos	Parestesias :: agitação :: paralisia :: arritmias :: alteração de ECG :: náuseas/ vômitos/ diarreia/ dor abdominal/ ulceração/ flebite
Posologia	TRATAMENTO DA HIPOCALIEMIA

Cloreto de Sódio

Página 40 :: ::



	problema electrolítico a corrigir
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ANTI-HIPERTENSORES (antagonizam o efeito quando o NaCl se encontra em quantidade excessiva)

Cotrimoxazol

Grupo Farmacológico	Anti - infeccioso :: Sulfonamida
Indicações	Tratamento de infecções devido a microorganismos susceptíveis
Acção	Acção bactericida em bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Cefaleias :: náuseas/vómitos :: erupção cutânea :: necrose hepática :: necrólise epidérmica tóxica :: flebite no local de punção :: reacções alérgicas
Posologia	OTITE MÉDIA ::PO em crianças » 2 meses: 7,5 - 8 mg/kg diariamente, repartidos de 12-12h. PNEUMONIA <i>Pneumocystis Carinii</i> ::PO/EV: 5mg/kg de 6-6h. INFECCÕES URINÁRIAS ::PO: 7,5-8 mg/kg diariamente, repartidos em doses de 12-12h. INFECCÕES URINÁRIAS GRAVES :: Shigeloses ::EV: 8-10 mg/kg diariamente, repartidos em intervalos de 6-12h.
Farmacodinâmica	::PO: início rápido 2-4h (efeito de pico) ::EV: início rápido fim da efusão (efeito de pico)
Interacções	FENITOINA (pode desencadear a carência em ácido fólico) ANTICOAGULANTES ORAIS :: HIPOGLICEMIANTE ORAIS



(pode intensificar os efeitos)

METOTREXATO (pode aumentar a toxicidade)

Clemastina

Grupo Farmacológico	Anti - alérgicos :: Anti-histaminicos sedativos
Indicações	Alívio de sintomas alérgicos nasais e cutâneos
Ação	Diminui a perda de líquido dos vasos sanguíneos em direcção aos locais onde se dá a reacção alérgica, favorecendo a sua redução.
Efeitos Adversos	Secura de boca :: dilatação ou fixação das pupilas :: rubor e reacções gastro-intestinais :: taquicardia
Posologia	::PO em crianças » 12 anos : 1 comprimido de manhã e à noite ::PO em crianças dos 6-12 : ½ comprimido de manhã e à noite
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ÁLCOOL (efeitos potenciado pela clemastina)

Captopril

Grupo Farmacológico	Anti-hipertensor :: IECA
Indicações	Controlo da HTA (isolado ou em associação com outros fármacos) :: Insuficiência Cardíaca Congestiva (isoladamente ou com outros fármacos)
Ação	Baixa a TA em doentes hipertensos :: Diminui a pré-carga e pós-carga em doentes com insuficiência cardíaca congestiva
Efeitos Adversos	Tonturas :: hipotensão :: taquicardia :: perda do gosto :: proteinúria :: leucopenia :: agranulocitose



Posologia	HIPERTENSÃO ::PO: dose inicial de 25 mg, 2 a 3 vezes ao dia. INSUFICIÊNCIA CARDIACA CONGESTIVA ::PO: 6,25 - 25 mg, 3 vezes ao dia.
Farmacodinâmica	::PO: início em 15-60 minutos 60-90 minutos (efeito de pico) 6-12h de duração
Interacções	ANTI-HIPERTENSORES :: ÁLCOOL :: VASODILATADORES (hipotensão aditiva) SUPLEMENTOS DE POTÁSSIO :: DIURÉTICOS NÃO EXPOLIADORES DE POTÁSSIO (hipercaliemia) ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES (resposta anti-hipertensora neutralizada) PENICILINA (efeitos laterais renais)

Clorpromazina

Grupo Farmacológico	Psicodpressores ou Neurolépticos :: Fenotiazinas
Indicações	Estados ansiosos de evolução psicótica :: estados neuróticos de evolução grave :: estados de agressividade
Ação	Depressora de SNC
Efeitos Adversos	Sedação :: sonolência :: insónia :: ansiedade :: cefaleias :: crises convulsivas :: hipotensão ortostática :: taquicardia :: palpitações :: hipotermia :: espasmos :: arritmias :: secura da boca :: obstipação :: íleo paralítico :: retenção urinária :: dismenorreia :: amenorreia
Posologia	DESARM ONIAS EVOLUTIVAS E PSICOSES ::PO em crianças dos 4-8 anos: 25-100 mg, duas vezes/dia ::PO em crianças dos 9-12 anos: 50-150 mg, duas vezes dia ::PO em crianças com » 12 anos: 50 - 600 mg/dia, com uma média de 200-300 mg/dia em 2 tomas



	PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ::PO em crianças dos 4-8 anos : 10-20 mg/dia, em 2 tomas ::PO em crianças dos 9-12 anos : 20-30 mg/dia, em 2 tomas
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTIARRITMICOS DE CLASSE Ia :: ANTIARRITMICOS DE CLASSE III (risco de Torsade de Pointes) NEUROLÉPTICOS :: DOPAMINÉRGICOS (em doentes não Parkinsónikos) ÁLCOOL (efeito sedativo) GUANETIDINA (bloqueia efeito anti-hipertensor)

Carvedilol

Grupo Farmacológico	Anti-hipertensores :: Antiadrenérgicos de Acção Periférica (bloqueadores alfa e beta)
Indicações	Tratamento de HTA :: doença arterial coronária :: insuficiência cardíaca classe II e IV
Acção	Redução do fluxo de sangue e da força de contracção do músculo :: redução da resistência arterial
Efeitos Adversos	Tonturas :: cefaleias :: náuseas/ vómitos :: diarreia :: dor abdominal :: fadiga :: redução da produção de lágrimas :: perturbações da visão :: irritabilidade ocular :: congestionamento nasal :: falta de ar :: diminuição do número de batimentos cardíacos :: hipotensão :: edema :: arrefecimento ou dor nas extremidades :: hiperglicemia em doentes diabéticos :: trombocitopénia
Posologia	HTA ::PO: 12,5 mg, uma vez ao dia, nos primeiros 2 dias (inicio de tratamento). Depois a dose aumenta-se para 25 mg/dia até 50 mg, duas vezes ao dia INSUFICIÊNCIA CARDIACA



	::PO: 3,125 mg, duas vezes ao dia, durante 2 semanas. Posteriormente 6,25 mg - 12,5 mg - 25 mg, duas vezes ao dia, consoante a tolerância
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTI-HIPERTENSORES (potenciação de efeito hipotensor) DIGOXINA (monitorização atenta dos níveis) INSULINA :: HIPOGLICEMIANTEs (efeitos potenciados) RIFAMPICINA (efeitos do Carvedilol diminuídos) CIMETIDINA (efeitos do Carvedilol aumentados)

Carbamazepina

Grupo Farmacológico	Anti-epiléptico e anticonvulsivante :: Iminostilbenos
Indicações	Epilepsia (crises parciais :: tónico-clónicas generalizadas) :: Estabilizador do humor nas psicoses maniaco-depressivas :: Nevralgia do trigémio
Ação	Melhoria de sinais e sintomas de epilepsia e estados convulsivos
Efeitos Adversos	Anemia aplásica :: agranulocitose :: Desencadeamento e agravamento de glaucoma
Posologia	::PO em crianças < 1 ano : 100-200 mg ::PO em crianças 1-5 anos : 200-400 mg ::PO em crianças 5-10 anos : 400-600 mg ::PO em crianças de 10-15 anos : 0,6-1g
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTICONVULSIVANTES (redução das concentrações séricas de Carbamazepina) ANTICOAGULANTES :: ANTICONCEPTIVOS ORAIS (redução do seu efeito) VERAPAMILO :: ERITROMICINA (podem aumentar os níveis de Carbamazepina)

Clonazepam

Grupo Farmacológico	Anti-epilépticos e anticonvulsivantes
Indicações	Epilepsia :: Estado de Mal Epiléptico :: Mioclonias
Ação	Redução da sintomatologia epileptiforme
Efeitos Adversos	Fadiga :: sonolência :: cansaço :: diminuição da tonicidade e fraqueza muscular :: vertigens :: atordoamento :: intolerância à luz :: falta de controlo dos músculos e diminuição da capacidade de reacção :: hipersalivação :: aumento de secreções brônquicas
Posologia	::PO em crianças < 1 ano : 0,25 mg que pode ser aumentada até 0,5 mg ou a 1 mg ::PO em crianças dos 1-5 anos : 0,25 mg que pode ser aumentada até 1 mg ou 3 mg/dia ::PO em crianças dos 6-12 anos : 0,5 mg que pode ser aumentado até aos 3 mg ou 6 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	BENZODIAZEPINAS (potenciação de efeito sedativo)

Carbonato de Cálcio

Grupo Farmacológico	Recalcificantes
Indicações	Tratamento de processos onde está indicado um aporte de cálcio: osteoporose :: tirotoxicose :: hipoparatiroidismo crónico :: osteomalácia :: raquitismo :: estados de carência de cálcio
Efeitos Adversos	Obstipação :: enfartamento :: náuseas :: dor gástrica ::



	diarreia :: hipercalcúria :: hipercalcemia
Posologia	::PO: 1 a 2 comprimidos/ dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	DIGITÁLICOS (alterações do ritmo cardíaco) DIURÉTICOS (diminui a excreção do cálcio) RIFAMPICINA :: FENITOINA :: BARBITÚRICOS :: GLUCOCORTICÓIDES (reduzem o efeito da vitamina D)

D

Digoxina

Grupo Farmacológico	Digitálico :: Agente inotrópico :: Antiarritmico
Indicações	Tratamento de Insuficiência Cardíaca Congestiva :: Retardamento de Frequência Ventricular em taquiarritmias (Fibrilação Auricular :: Flutter Auricular) :: Resolução da Taquicardia Paroxística Auricular
Ação	Aumento do Débito Cardíaco :: Diminuição da Frequência Cardíaca
Efeitos Adversos	Fadiga :: cefaleias :: visão turva :: arritmia :: bradicardia :: alteração de ECG :: náuseas/ vômitos/ anorexia :: ginecomastia :: trombocitopenia
Posologia	:: PO em crianças com »10 anos : 10-15 mcg/kg em cada 6-8h ::PO em crianças 5-10 anos : 20-35 mcg/kg em cada 6-8h ::PO em crianças 2-5 anos : 30-40 mcg/kg em cada 6-8h :: PO em crianças 1-24 meses : 35-60 mcg/kg em cada 6-8h :: PO RN de termo : 25-35 mcg/kg em cada 6-8h



	:: PO Prematuros: 20-30mcg/kg em cada 6-8h :: EV em crianças >10 anos: 8-12 mcg/kg em cada 6-8h :: EV em crianças 5-10 anos: 15-30 mcg/kg em cada 6-8h :: EV em crianças 2-5 anos: 25-35 mcg/kg em cada 6-8h :: EV em crianças 1-24 meses: 30-50 mcg/kg em cada 6-8h :: EV prematuros: 15-25 mcg/kg em cada 6-8h
Farmacodinâmica	::PO: início em 0,5-2h 6-8h (efeito de pico) 2-4 dias de duração ::IM: início em 30 min 4-6h (efeito de pico) 2-4 dias de duração ::EV: início em 5-30 min 1-5h (efeito de pico) 2-4 dias de duração
Interacções	TIAZIDAS :: DIURÉTICOS DE ANSA :: AZLOCILINA :: CARBENICILINA :: MEZLOCILINA :: PIPERACILINA :: TICARCILINA :: ANFOTERICINA B :: GLUCOCORTICÓIDES (risco de hipocaliemia) AMIODARONA :: CICLOSPORINA :: QUINIDINA :: VERAPAMIL :: DILTIAZEM :: DIFLUNISAL (risco de toxicidade digitalica) AGENTES BETA-ADRENÉRGICOS/ANTIARRITMICOS (bradicardia) ANTI-ÁCIDOS :: REFEIÇÃO RICA EM FIBRAS (diminuição da absorção)

Dobutamina

Grupo Farmacológico

Agente Inotrópico



Indicações	Controlo a curto prazo da Insuficiência Cardíaca
Ação	Aumento do débito cardíaco sem aumento significativo da FC
Efeitos Adversos	Cefaleias :: taquicardia :: HTA :: extrassístoles ventriculares :: angina de peito
Posologia	::EV: 2,5 a 10 mcg/Kg/minuto (ajustada de acordo com a FC, TA, DC e débito urinário). Podem ser necessárias doses até 40mcg/Kg/minuto. ::EV em crianças com < 1 ano : eficácia não comprovada
Farmacodinâmica	::EV: início em 1-2 min 10 min (efeito de pico) 10-12 min de duração
Interacções	NITROPRUSSATO (aumento do débito cardíaco) BLOQUEADORES B-ADRENÉRGICOS (podem anular efeito de Bobutamina) ANESTÉSICOS HALOGENADOS/HIDROCARBONADOS :: INIBIDORES DA MAO :: OXITOCINA :: ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (risco aumentado de arritmias ou HTA)

Dopamina

Grupo Farmacológico	Vasopressor :: Agente Inotrópico
Indicações	Terapêutica adjuvante para melhoria de TA, débito cardíaco e urinário, no tratamento do choque refractário à reposição de volume
Ação	Aumento do débito cardíaco :: aumento da TA :: melhoria da circulação renal
Efeitos Adversos	Cefaleias :: midriase (doses elevadas) :: aritmias :: hipotensão :: palpitações :: alterações de ECG :: náuseas/vómitos :: flebite
Posologia	::EV: 2-5 mcg/kg/min. Em situação clínica mais grave,



	começar a perfusão de Dopamina com doses de 5 mcg/Kg/minuto e aumentar gradualmente usando incrementos de 5 - 10 mcg/Kg/minuto até uma velocidade de 20 a 50 mcg/Kg/minuto, segundo as necessidades.
Farmacodinâmica	:: EV: início em 5 min efeito de pico rápido «10 min de duração
Interacções	BICARBONATO DE SÓDIO (inactivada: solução fica rosa ou violeta) ANFOTERICINA B :: AMPICILINA :: CEFALOTINA :: PENICILINA G POTÁSSICA (incompatível)

Dinitrato de Isossorbido

Grupo Farmacológico	Vasodilatadores :: Antianginosos
Indicações	Angina de Peito :: Insuficiência Cardíaca :: Edema Agudo do Pulmão
Ação	Diminui as resistências vasculares
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tonturas :: hipotensão postural :: exantema
Posologia	::PO: 20-120 mg/dia ::SL: 5-10 mg (podendo repetir-se se persistirem alguns sintomas)
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ÁLCOOL (potencia o seu efeito) FENOBARBITAL :: INDOMETACINA (reduzem os seus efeitos)

Dexametasona

Grupo Farmacológico	Glicocorticoide :: Acção prolongada anti-inflamatória
Indicações	Utilizado no tratamento de algumas patologias:



	inflamatórias crônicas :: alérgicas :: hematológicas :: neoplásicas :: auto-imunes :: edema cerebral :: agente de diagnóstico em perturbações da suprarrenal
Ação	Supressão da Inflamação :: modificação da resposta imunitária normal
Efeitos Adversos	Cefaleias :: depressão :: euforia :: hipertensão :: náuseas/vômitos :: anorexia :: petéquias :: equimoses :: fragilidade cutânea :: hirsutismo :: acne :: supressão da suprarrenal
Posologia	INSUFICIÊNCIA DA SUPRARRENAL ::PO: 23,3mcg (0,0233 mg)/kg, em 3 doses. ANTI-INFLAMATÓRIO OU OUTRAS UTILIZAÇÕES ::PO: 83,3 - 333,3mcg/kg, em 3-4 doses. ::NASAL em crianças dos 6-12 anos: 1-2 nebulizações em cada narina, 2-3 vezes dia (200 mcg/spray)
Farmacodinâmica	::PO: início desconhecido 1-2h (efeito de pico) 2,75 dias de duração
Interacções	DIURÉTICOS :: ANFOTERICINA B :: AZLOCILINA :: CARBENICILINA :: MEZLOCILINA :: TICARCILINA (hipocaliemia aditiva)

E

Eritromicina

Grupo Farmacológico	Antibiótico
Indicações	Tratamento de Infecções: de vias aéreas superiores/inferiores :: otite média Hipersensibilidade à penicilina



Ação	Acção bacteriostática contra bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos/ diarreia :: ototoxicidade :: exantema :: flebite :: reacções alérgicas
Posologia	::PO: 30 - 50 mg/Kg/dia, administrados em doses repartidas, durante 5 a 14 dias.
Farmacodinâmica	:: PO: 30-50 mcg/kg em intervalos de 6-6h :: EV: gluceptato e lactobionato apenas 15-20 mcg/kg/dia de 6-6h
Interacções	ANTICOAGULANTES ORAIS (aumenta a actividade destes) TEOFILINA :: CARBAMAZEPINA :: CICLOSPORINA :: METILPREDNISOLONA (aumenta a sua toxicidade) DIGOXINA (aumenta os seus níveis plasmáticos)

Espronalactona

Grupo Farmacológico	Anti-hipertensor :: Diurético poupador de potássio
Indicações	Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva :: cirrose hepática com edema e/ou ascite :: síndrome nefrótica :: diagnóstico e tratamento pré-operatório de curta duração do aldosteronismo primário :: hipertensão
Ação	Bloqueia a acção de uma substância que retém sódio e elimina potássio, o que leva à retenção de líquidos (edemas).
Efeitos Adversos	Alopecia :: rash cutâneo :: prurido :: urticária :: hipertricose :: dor mamária :: neoplasia da mama :: mal-estar :: hipercaliemia :: perturbações electrolíticas :: náuseas :: perturbações gastrintestinais :: alterações menstruais :: confusão mental :: alterações na libido :: tonturas :: trombocitopenia :: leucopenia :: alterações na função hepática :: insuficiência renal aguda.



Posologia	::PO: 3 mg/kg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	IECAS (risco de hipercaliemia) NORADRENALINA (reduz a acção vascular periférica de amina simpaticomimética) DIGOXINA (risco de intoxicação digitalica) AAS (atenua o efeito diurético)

Ertapenem

Grupo Farmacológico	Antibacterianos :: Carbapenemos
Indicações	Tratamento de infecções: intra-abdominais :: ginecológicas agudas :: pneumonia adquirida na comunidade
Ação	Inibe a síntese da parede celular bacteriana, após fixação às proteínas de ligação à penicilina
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: diarreia :: alterações hematológicas :: reacções alérgicas :: erupções cutâneas :: prurido :: urticária :: reacções anafiláticas
Posologia	:: EV: 1g/dia, em perfusões de 30 min, durante 3-14 dias ::EV em crianças com » 2 anos : 50 mg/kg de 8-8h ou 6-6h
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	PROBENICIDA (reduz a depuração plasmática do ertapenem) TEOFILINA (risco de toxicidade central)

Enoxaparina

Grupo Farmacológico	Anticoagulantes e Antitrombóticos
Indicações	Tratamento profilático: da doença tromboembólica de



	origem venosa (cirurgia ortopédia e geral) :: tromboembolismo venoso em doentes não cirurgicos acamados :: TVP com ou sem embolismo pulmonar :: angina instável e enfarte do miocárdio sem onda Q :: Prevenção da coagulação no circuito extra-corporal na hemodiálise
Ação	Redução do risco de incidentes cardiovasculares
Efeitos Adversos	Hemorragia :: trombocitopenia :: reacções locais :: reacções alérgicas sistémicas
Posologia	::SC: 1,5 mg/kg, uma vez ao dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	AAS :: AINES :: DEXTRANO :: TICLOPIDINA :: CLOPIDOGREL :: GLUCOCORTICÓIDES :: TROMBOLITICOS :: ANTICOAGULANTES :: ANTAGONISTAS DA GLICOPROTEINA IIb/IIa (interferência na hemostase)

Esomeprazol

Grupo Farmacológico	Antiulcerosos :: Inibidores da Bomba de Prótons
Indicações	Tratamento: da doença e de sintomas de refluxo gastro-esofágico (DRGE) :: esofagite de refluxo erosiva :: esofagite para prevenção de recidivas :: cicatrização da úlcera duodenal associada a <i>Helicobacter Pylori</i> :: prevenção da recorrência da úlcera péptica em doentes com úlceras associadas a <i>Helicobacter Pylori</i>
Ação	Protector gástrico-esofágico
Efeitos Adversos	Cefaleias :: dor abdominal :: obstipação :: diarreia :: flatulência :: náuseas/ vômitos :: dermatite :: prurido :: urticária :: tonturas :: xerostomia :: angioedema :: reacção anafilática
Posologia	ESOFAGITE DE REFLUXO EROSIVA



	::PO: 40 mg, 1 vez por dia. Na prevenção da recidiva deve ser administrado 20 mg/ dia. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA DRGE ::PO: 20mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	CETACONAZOL :: ITRACONAZOL (diminuição da sua absorção) DIAZEPAM :: CITALOPRAM :: IMIPRAMINA :: CLOMIPRAMINA :: FENITOINA (aumento das suas concentrações plasmáticas)

F

Fenitoína

Grupo Farmacológico	Anti-convulsivante :: Hidantoina :: Anti-arritmico Classe IB
Indicações	Tratamento e prevenção de convulsões tónico-clónicas (grande mal) e focais complexas
Ação	Diminuição da actividade convulsiva :: controlo de arritmias :: controlo de síndromes dolorosas
Efeitos Adversos	Nistagmo :: ataxia :: diplopia :: sonolência :: hiperplasia gengival :: hipotensão arterial (EV) :: náuseas :: exantemas :: hipocalcemia :: anemia aplástica :: agranulocitose :: febre :: reacções alérgicas
Posologia	::PO: dose inicial de 5mg/kg :: dose de manutenção 4-8 mg/kg/dia em cada 8-12h ::EV: 10-15 mg/kg (num ritmo de 0,5-1,5 mg/kg/min
Farmacodinâmica	::PO: 2-24h início



1,5-3h (efeito de pico)

6-12h de duração

::EV: início desconhecido

efeito de pico rápido

12-24h de duração

Interacções

FENILBUTAZONA :: DISULFIRAMO :: ISONIAZIDA ::

CLORANFENICOL :: CIMETIDINA (reduzem o metabolismo da fenitoina)

BARBITURICOS :: ÁLCOOL :: VARFARINA (baixam os níveis plasmáticos da fenitoina)

DIGOXINA :: CONTRACEPTIVOS ORAIS (fenitoina diminui a sua eficácia)

DOPAMINA (hipotensão arterial)

ÁLCOOL :: ANTI-HISTAMINICOS :: ANTIDEPRESSIVOS ::

NARCÓTICOS :: SEDATIVOS (depressão do SNC)

ANTICOAGULANTES ORAIS :: ANTI-ÁCIDOS (podem diminuir a sua absorção)

ALIMENTOS (fenitoina pode diminuir a absorção do ácido fólico)

Fentanil

Grupo Farmacológico

Analgésicos Estupefacientes :: Opiáceos

Indicações

Neuroleptanalgesia/anestesia :: anestesia geral com intubação e ventilação do doente :: tratamento analgésico nas UCI em condições de ventilação artificial

Ação

Indutor analgésico e anestésico

Efeitos Adversos

Sudação :: prurido :: urticária :: sonolência :: sedação :: vertigens :: aumento de PIC :: confusão :: convulsões :: miose :: perturbação da visão :: arritmia cardíaca :: bradicardia :: hipotensão ortostática :: apneia



	transitória :: broncoespasmo :: edema pulmonar :: depressão respiratória
Posologia	::EV em crianças dos 2-12 anos : 1-3 mcg/kg. ::EV em crianças dos 2-12 anos associado a Óxido Nitroso: 5-10 mcg/kg ::EV em crianças dos 2-12 anos (manutenção de anestesia durante cirurgia): bólus de 1,25 mcg/kg
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	NARCÓTICOS :: ÁLCOOL (potenciação de efeitos) ÓXIDO NITROSO :: DIAZEPAM (disfunções cardiovasculares) CIMETIDINA (aumento dos níveis plasmáticos de fentanil) CLONIDINA (aumento dos níveis plasmáticos) VECURÓNIO (depressão hemodinâmica) BACLOFENO (potenciados efeitos do fentanil)

Flucloxacilina

Grupo Farmacológico	Antibacterianos :: Isoxazolpenicilinas
Indicações	Infecções da pele e tecidos moles subcutâneos :: celulite :: linfagite :: feridas traumáticas :: feridas cirúrgicas :: queimaduras :: infecções ósseas :: otites :: infecções do tracto respiratório inferior/ superior :: empiema em conjugação com drenagem :: meningite :: infecções do tracto urinário e genital :: infecções do intestino delgado e cólon
Ação	Bactericida
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: diarreia :: colite pseudomembranosa
Posologia	::PO em crianças » 12 anos : 500 mg de 8/8h



Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	PROBENECIDE :: TETRACICLINAS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS (diminuição da sua eficácia)

Fluconazol

Grupo Farmacológico	Anti-fúngicos
Indicações	Tratamento de infecções fúngicas (também utilizado em doentes a receber transplante da medula óssea)
Ação	Anti-fúngica
Efeitos Adversos	Cefaleia :: náuseas/ vômitos :: desconforto gástrico :: diarreia
Posologia	::EV em crianças com » 2 semanas: 6-12 mg/kg, todas as 72h ::EV em crianças com 3-4 semanas: 6-12 mg/kg, todas as 48h ::EV em crianças com » 4 semanas: 6-12 mg/kg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ASTEMIZOLE :: CISAPRIDE :: TERFENADINA :: DIURÉTICOS :: RIFAMPICINA ou RIFABUTINA :: ALFENTANIL :: AMITRIPTILINA :: VARFARINA ou MEDICAMENTOS COM CUMARINA :: ANTIRETROVIRAIS :: BENZODIAZEPINAS :: BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO :: CARBAMAZEPINA :: CELECOXIB :: CICLOSPORINA :: HALOFANTRINA :: ATORVASTATINA :: SIMVASTATINA :: FLUVASTATINA :: LOSARTAM :: METADONA :: CONTRACEPTIVOS ORAIS :: FENITOINA :: PREDNISOLONA :: SULFONILUREIAS ORAIS :: TEOFILINA :: TRIMETREXATO BASE DE XANTINA :: ISONIAZIDA :: ZIDOVUDINA :: DIDANOSINA :: ANFOTERICINA B



Furosemida

Grupo Farmacológico	Diurético de Ansa
Indicações	Controlo do edema secundário: a Insuficiência Cardíaca Congestiva :: doença hepática :: doença renal Tratamento da HTA :: controlo da hipercalcemia na doença maligna
Acção	Aumento da diurese e mobilização de excesso de fluidos :: diminuição da HTA
Efeitos Adversos	Tonturas :: cefaleias :: perda de audição :: zumbidos :: hipotensão :: náuseas/ vômitos/ diarreia :: alcalose metabólica :: hipovolémia :: desidratação :: hiponatremia :: hipocalcemia :: hipomagnesiemia
Posologia	::PO/ IM/ EV: 1-2 mg/kg/dia (podendo atingir os 6mg/kg/dia)
Farmacodinâmica	::PO: 30-60 min para início de efeito 1-2h (efeito de pico) 6-8h de duração ::IM: 10-30 min para início de efeito efeito de pico desconhecido 4-8h de duração ::EV: 5 min para início de efeito 30 min (efeito de pico) 2h de duração
Interacções	ANTI-HIPERTENSORES :: NITRATOS (hipotensão arterial aditiva) DIURÉTICOS :: CARBENICILINA :: AZLOCILINA :: MEZLOCILINA :: PIPERACILINA :: ANFOTERICINA B :: GLUCOCORTICÓIDES (hipocaliemia) LITIO (pode aumentar a excreção do lítio)



AMINOGLICOSÍDEOS (risco de ototoxicidade)

ANTICOAGULANTES ORAIS (pode aumentar a eficácia)

Fitonadiona| Vitamina K

Grupo Farmacológico	Vitamina Lipossolúvel
Indicações	Prevenção e tratamento de: hipoprotrombinemia :: doença hemorrágica no recém-nascido
Ação	Prevenção das hemorragias decorrentes da hipoprotrombinemia
Efeitos Adversos	Desconforto gástrico :: exantema :: urticária :: eritema :: dor :: anemia hemolítica :: hiperbilirrubinemia :: reações de hipersensibilidade
Posologia	TRATAMENTO DE HIPOPROTROMBINEMIA ::SC/IM: 5-10 mg. TRATAMENTO DE HIPOPROTROMBINEMIA DURANTE A NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL ::IM: 2-5 mg, 1 vez por semana. PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMORRÁGICA DO RN ::SC/IM: 0,5-1 mg, podendo repetir-se em 6-8h.
Farmacodinâmica	::SC/IM: 1-2 h de início 3-6h (efeito de pico) 12-14h de duração
Interações	ANTICOAGULANTES ORAIS (doses elevadas contrariam o seu efeito) SALICILATOS :: ANTIBIÓTICOS (aumentam a necessidade de vitamina K) COLESTIRAMINA :: COLESIPTOL :: ÓLEO MINERAL :: SUCRALFATE (podem diminuir a absorção da vitamina K pelo tubo digestivo)



Flumazenil

Grupo Farmacológico	Narcótico
Indicações	Induzir o despertar da anestesia :: Após exames diagnósticos ou cuidados intensivos se colocado sob sedação :: Diagnóstico e tratamento de intoxicações ou sobredosagem de benzodiazepinas
Ação	Antagonista das Benzodiazepinas
Efeitos Adversos	Ansiedade :: forte dependência emocional :: existência de dificuldades em iniciar e manter o sono (insônia) :: sonolência :: tonturas :: cefaleias :: agitação :: tremores involuntários :: boca seca :: respiração anormalmente rápida e profunda :: discurso descontrolado :: sensações cutâneas subjectivas na ausência de estimulação
Posologia	::EV em crianças dos 1-17 anos : 0,01 mg/kg (até 0,2 mg) em 15 segundos. Se após um período de espera de 45 segundos não for possível obter o nível desejado de consciência, pode ser administrada uma injeção de seguimento de 0,01 mg/kg (até 0,2 mg). Quando necessário podem ser administradas a intervalos de 60 segundos (até um máximo de 4 vezes) injeções repetidas até uma dose máxima de 0,05 mg/kg ou 1 mg.
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (aumentam o efeito sedativo das benzodiazepinas)

Gentamicina

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Aminoglicosídeo
Indicações	Tratamento de infecções em que fármacos menos tóxicos ou penicilinas estejam contra-indicados :: Infecções de tecido ósseo :: SNC :: trato respiratório :: pele e tecidos moles :: abdominais :: trato urinário :: endocardite :: septicemia
Acção	Acção bactericida contra bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Ototoxicidade :: nefrotoxicidade :: hipersensibilidade :: superinfecção
Posologia	::IM/EV: 6-7,5 mg/kg/dia repartidos de 8-8h ::IM/EV em lactentes e RN : 7,5 mg/kg/dia em cada 8-8h ::IM/EV em prematturos e RN «1 semana : 2,5mg/kg de 12-12h ::INTRATECAL/INTRAVENTRICULAR em crianças e lactentes »3meses : 1-2mg/dia em dose única
Farmacodinâmica	::IM: início rápido 30-60 min (efeito de pico) ::EV: início rápido final da efusão (efeito de pico)
Interacções	PENICILINAS (gentamicina inactivada em doentes renais) ANESTÉSICOS :: BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (possível paralisia respiratória) ANTIBIÓTICOS AMINOGLICOSÍDEOS (bloqueio neuromuscular)



DIURÉTICOS DE ANSA (risco de ototoxicidade)

Glicose

Grupo Farmacológico	Correctivos do Equilíbrio Hidroelectrolítico
Indicações	Veículo de medicamentos :: solução de rehidratação :: desidratação hipertónica :: hipoglicemia :: hipernatremia (Glicose 5% :: Isotónica & Glicose 10% :: Hipertónica) Desidratação médica e cirúrgica com elevada perda salina :: veículo de medicamentos :: maior aporte energético (NaCl 0,3% em Glicose 3,3% :: Glucosalino Isotónico) Volume extracelular reduzido :: alcalose ligeira :: hipernatremia por perda de água :: cetose diabética :: oligúria ou anúria por desidratação hipertónica (Glucosalino Hipossódico :: Glicose 5% em NaCl 0,3%) Desidratação Isotónica :: desidratação hipotónica :: alcalose ligeira :: hiponatremia :: cetose diabética (Glicose a 5% em NaCl 0,9%) Perdas agudas e crónicas de líquido extracelular (desidratação isotónica) :: diabetes mal controlada :: compensação de perdas plasmáticas (queimaduras de grau elevado :: choque hipovolémico em que haja inexistência de expansores plasmáticos ou de sangue) :: suplemento da nutrição parentérica (Solução Polielectrolítica com Glicose a 5% :: Estereofundina A-G) Correcção da Desidratação :: manutenção pré e pós-calórica :: fornecimento de calorias (Solução Polielectrolítica "S" com Glicose) Correcção de perdas anormais e importantes de líquido extracelular :: fornecimento de calorias :: desidratações



	isotónica e hipertónica (Solução Polielectrolítica "R" com Glicose)
	Desidratação Hipertónica :: Oligúria por exsicose (Glicose a 2,5% em NaCl 0,45% & Glicose 3,3% em NaCl 0,3% :: Isotónicas)
	Restauração de diurese em doentes desidratados (Glicose a 5% em NaCl 0,2% & Glicose a 5% em NaCl 0,3% :: Isotónicas)
	Desidratação Hipotónica (Glicose a 5% em NaCl 0,9%)
	Correctivo de volémia e de alterações hidroelectrolíticas (Glicose 5% em NaCl 0,45%)
Acção	Hidratante Calórico
Efeitos Adversos	Hiperglicemia :: glicosúria :: retenção hídrica :: hipocalemia :: hipomagnesiemia :: hipofosfatemia :: agravamento do estado neurológico após lesão isquémica cerebral :: hipoglicemia de "rebound" após interrupção abrupta de perfusões de soluções de elevada concentração :: irritação venosa local :: tromboflebitis (soluções hipertónicas)
Posologia	GLUCOSALINO HIPOTÓNICO ::EV: 50-150mL/Kg/dia GLUCOSALINO HIPOSSÓDICO ::EV: 100-250 mL/Kg/ dia Restantes dosagens de Hidratantes Calóricos: ajustadas de acordo com cada caso e necessidades hídricas e electrolíticas dos doentes.
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	Não disponível

Gluconato de Cálcio

Grupo Farmacológico **Electrólio :: Modificador Electrolítico :: Sais de Cálcio**



Indicações	Tratamento e prevenção de hipocalcemia :: Tratamento de alguns envenenamentos por metais pesados
Ação	Aporte de cálcio em estados de carência
Efeitos Adversos	Formigueliro :: síncope :: bradicardia :: arritmias :: PCR :: náuseas/ vômitos/ obstipação :: flebites
Posologia	PREVENÇÃO DE HIPOCALCEMIA :: TRATAMENTO DE DEPLECÇÃO ::PO: 45-65 mg/kg/dia ::PO lactentes: 5-150 mg/kg/dia TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA DE HIPOCALCEMIA ::EV: 1-7mEq ::EV em lactentes: «1mEq TETANIA HIPOCALCEMICA ::EV: 0,5-0,7mEq/kg em 3-4 vezes por dia ::EV RN: 2,4 mEq/kg/dia em várias tomas
Farmacodinâmica	::PO: início/ efeito de pico/ duração desconhecidos ::EV: início/efeito de pico desconhecidos 0,5-2h de duração
Interacções	GLICOSÍDEOS CARDIACOS (risco de toxicidade) ANTI-ÁCIDOS TETRACICLINAS (diminuição da sua absorção) ALIMENTOS (cereais :: espinafre :: ruibarbo:: diminuem a absorção do cálcio)



Heparina

Grupo Farmacológico **Anticoagulante**



Indicações	Profilaxia e tratamento de fenómenos tromboembólicos :: Manter permeabilidade dos cateteres
Ação	Previne a formação de trombos e o aumento dos existentes
Efeitos Adversos	Hepatite :: hemorragia :: trombocitopenia :: urticária :: febre :: osteoporose
Posologia	::EV intermitente : 100u/kg seguido de 50-100u/kg em cada 4h ::EV em infusão : 50u/kg seguida de 100u/kg/4h ::EV Heparinização de cateteres : 10-100u
Farmacodinâmica	::EV: início imediato 5-10 min (efeito de pico) 2-6h de duração
Interacções	ASPIRINA :: AINES :: DIPIRIDAMOL :: DEXTRANO :: QUINIDINA :: CEFAMANDOL :: CEFOPERAZONA :: MOXALACTAMA :: ALTEPLASE :: ESTREPTOQUINASE :: UROQUINASE (risco de hemorragia) VARFARINA (alteração do tempo da protrombina) PROBENICIDA (aumenta a intensidade e duração da acção da heparina)

Hidro cortisona

Grupo Farmacológico	Glucocorticóide de Acção Rápida
Indicações	Controlo de Insuficiência do cortex supra-renal :: de doenças anti-inflamatórias e alérgicas :: Não indicado para uso crónico (actividade mineralocorticóide) nem dias alternados
Ação	Substituição do cortisol em estados deficitários :: supressão da inflamação
Efeitos Adversos	Depressão :: edema :: HTA :: tromboembolismo :: náuseas/ vómitos :: aumento de apetite/ peso :: petéquias :: atraso



	na cicatrização de feridas :: atraso no crescimento :: supressão supra-renal :: hipocaliemia :: retenção de sódio
Posologia	::IM/EV: 0,16-1mg/kg cerca de 2 ou 3 vezes ao dia
Farmacodinâmica	::IM/ EV: início rápido efeito de pico desconhecido 1,25 - 1,5 dias de duração
Interacções	ANFOTERICINA B :: AZLOCILINA :: CARBENICILINA :: PIPERACILINA :: DIURÉTICOS (hipocalcemia aditiva) DIGITÁLICOS (risco de intoxicação) INSULINA :: HIPOGLICIMIANTE ORAIS (necessário aumentar a dose) CONTRACEPTIVOS ORAIS (podem bloquear o metabolismo)

Haloperidol

Grupo Farmacológico	Psicotrópico :: Butiroferona
Indicações	Tratamento de psicoses agudas e crônicas :: Controlo do Síndrome de Tourette e problemas graves de comportamento em crianças
Ação	Diminuição dos sinais e sintomas das psicoses
Efeitos Adversos	Sedação :: reacções extrapiramidais :: hipotensão :: obstipação :: secura da boca :: fotossensibilidade :: depressão respiratória :: convulsões :: anemia :: leucopenia
Posologia	::PO em crianças com 3-12 anos ou 15-40 kg: 0,05-0,15 mg/kg/dia, dividido em 2 -3 doses.
Farmacodinâmica	::PO: 2h de início 2-6h (efeito de pico) 8-12h de duração
Interacções	ANTI-HIPERTENSORES :: NITRATOS (hipotensão aditiva) ANTI-HISTAMINICOS :: ANTIDEPRESSIVOS :: ATROPINA ::



FENOTIAZINAS :: QUINIDINA :: DISOPIRAMIDA (efeitos anticolinérgicos aditivos)

ÁLCOOL :: ANTI-HISTAMINICOS :: NARCÓTICOS :: SEDATIVOS HIPNÓTICOS (potencia o efeito depressor)
FENOBARBITAL (potencia o metabolismo e diminui a eficácia)

LITIO (risco de encefalopatia)

METILDOPA (risco de demência)

Hidroxizina

Grupo Farmacológico	Sedativo Hipnótico :: Anti-histaminico
Indicações	Tratamento da ansiedade :: sedação pré-operatória :: anti-emético :: anti-pruriginoso :: controlo de síndrome de abstinência alcoólica e drogas :: usado em combinação com analgésicos narcóticos
Ação	Sedação :: alívio da ansiedade :: alívio de náuseas e vômitos :: melhora os sintomas alérgicos associados à libertação de histamina (prurido)
Efeitos Adversos	Sonolência :: tonturas :: ataxia :: fraqueza :: cefaleias :: boca seca :: náuseas :: obstipação :: retenção urinária :: rubor :: flebite local
Posologia	ANSIEDADE ::PO em crianças com » 6 anos : 50-100 mg/dia, divididos em 3-4 doses ::PO em crianças com « 6 anos : 50 mg/dia divididos em 3-4 doses. SEDAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA ::PO: 0,6 mg/kg ::IM: 1,1 mg/kg ANTI-EMÉTICO



	::IM: 1,1mg/kg ANTIPRURIGINOSO ::PO em crianças com »6 anos: 50-100 mg/dia, divididos em 3-4 doses ::PO em crianças com «6 anos: 50 mg/dia, divididos em 3-4 doses.
Farmacodinâmica	::PO: 15-30 min início 2-4h (efeito de pico) 4-6h de duração
Interacções	ÁLCOOL :: ANTIDEPRESSIVOS :: ANTI-HISTAMINICOS :: NARCÓTICOS :: SEDATIVOS HIPNÓTICOS (depressão aditiva do SNC) ANTI-HISTAMINICOS :: ANTIDEPRESSIVOS :: ATROPINA :: HALOPERIDOL :: FENOTIAZINAS :: QUINIDINA :: DISOPIRAMIDA (efeito anticolinérgico aditivo)

I

Imipenem

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Complexo Penicilínico
Indicações	Tratamento de Infecções graves: do trato respiratório inferior :: do trato urinário :: abdominais :: ginecológicas :: pele/ estruturas cutâneas :: ósseas/ articulares :: bacteriemia :: endocardite :: de etiologia mista
Ação	Ação bactericida contra bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Convulsões :: tonturas :: hipotensão :: náuseas/ diarreia/ vômito :: exantema :: flebite :: anafilaxia
Posologia	::EV: 500 - 750 mg, de 12-12h



Farmacodinâmica	::EV: início rápido efeito de pico no fim da efusão
Interacções	PENICILINAS :: CEFALOSPORINAS (antagonismo de acção) AMINOGLICOSÍDEOS (inactivação) PROBENICIDA (diminui a excreção renal e aumenta os níveis plasmáticos)

Insulina

Grupo Farmacológico	Hormona
Indicações	Tratamento de diabéticos insulínodospendentes (DMID I) :: Controlo de diabéticos não insulínodospendentes (DMNID II) que não respondem ao tratamento com dieta ou agentes antidiabéticos orais
Acção	Controlo de glicemia nos doentes diabéticos
Efeitos Adversos	Hipoglicemia :: hiperglicemia (efeito rebound) :: lipodistrofia :: prurido :: edema :: rubor :: anafilaxia
Posologia	CETOACIDOSE ::EV/SC: 0,5 u/kg em duas doses - ½ EV e ½ SC seguida de 0,5-1 u/kg EV com intervalos de 1-2h ou 0,1u/kg em bólus EV, seguindo-se infusão de 0,1 u/kg/h TERAPÊUTICA DE MANUTENÇÃO ::SC: 8-12 u/dia (dependendo dos níveis de glicemia e outros factores)
Farmacodinâmica	::EV com insulina de acção rápida: 10-30 min de início 15-30 min (efeito de pico) 30-60 min de duração ::SC com insulina de acção rápida: 0,5-1h de início 2-4h (efeito de pico) 5-7h de duração ::SC com insulina de acção lenta:1-3h de início



8-12h (efeito de pico)

18-28h de duração

Interacções	BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS (inibem sinais e sintomas de hipoglicemia) TIAZIDAS :: ÁLCOOL :: GLUCOCORTICÓIDES :: ESTRATOS DE TIRÓIDE :: ESTROGÉNIOS :: TABACO :: RIFAMPICINA (aumento das necessidades de insulina) ESTERÓIDES ANABÓLICOS :: CLOROFIBRATO :: GUANETIDINA :: ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS :: INIBIDORES DA MAO :: SALICILATOS :: FENILBUTAZONA :: ANTICOAGULANTES ORAIS (reduzem a necessidade de insulina)
--------------------	---

Isoniazida

Grupo Farmacológico	Anti - Infeciosos :: Antibacterianos :: Antituberculoestáticos
Indicações	Profilaxia da Tuberculose
Acção	Antituberculoestática (em todas as formas de tuberculose)
Efeitos Adversos	Convulsões :: encefalopatia tóxica :: contracções musculares :: ataxia :: letargia :: zumbidos :: euforia :: alterações da memória :: alterações de comportamento :: labilidade emocional :: tonturas e psicose tóxica :: Febre :: erupções cutâneas :: linfadenopatia :: vasculite :: hipotensão :: transaminases séricas elevadas (AST, ALT), bilirrubinémia :: bilirrubinúria :: icterícia e hepatite ocasionalmente severa e por vezes fatal.
Posologia	::PO: 10 mg/kg/dia, com um máximo de 300 mg/dia.
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	CARBAMAZEPINA :: FENITOINA (risco de toxicidade) BENZODIAZEPINAS (potenciação de efeito)



ANTICOAGULANTES ORAIS :: RIFAMPICINA (diminuição de efeitos)
TEOFILINA (aumento dos seus níveis plasmáticos)
INSULINA (antagoniza o efeito desta)
ÁLCOOL (metabolismo da isoniazida aumentado)
ANTIÁCIDOS :: CORTICOSTERÓIDES (diminuem o efeito da isoniazida)

L

Lidocaína

Grupo Farmacológico	Antiarritmico Classe IB :: Anestésico Local
Indicações	Tratamento de arritmias ventriculares agudas (IM quando não há via EV disponível) :: Anestésico local e de infiltração
Ação	Controlo das Arritmias Ventriculares :: Actividade Anestésica Local
Efeitos Adversos	Sonolência :: tonturas :: letargia :: convulsões :: tremores :: hipotensão arterial :: arritmias :: bradicardia :: PCR :: sensação de queimadura :: picadas :: eritema
Posologia	::EV: 0,5-1mg/kg em bólus, repetindo em SOS [Não exceder 3-5 mg/kg na dose total]. Em infusão cerca de 10-50 mcg/kg/min
Farmacodinâmica	::EV: início e efeito de pico imediatos 10-20 min de duração ::IM: 5-15 min de início 20-30 min (efeito de pico) 60-90 min de duração



Interacções	FENITOINA :: QUINIDINA :: PROCAINAMIDA :: PROPANOLOL (depressão cardíaca aditiva e toxicidade) CIMETIDINA :: BLOQUEADORES B-ADRENÉRGICOS (diminuição do metabolismo e aumento da toxicidade)
--------------------	---

Linezolid

Grupo Farmacológico	Anti-infecciosos
Indicações	Infeções de pele e tecidos moles :: Pneumonias
Ação	Antibacteriana
Efeitos Adversos	Cefaleias :: infecção fúngica :: náuseas/ vômitos :: diarreia :: gosto metálico na boca
Posologia	::PO: 600mg, duas vezes por dia, de 12-12h
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	DESCONGESTIONANTES :: ANTIGRIPAIS :: SALBUTAMOL :: TERBUTALINA :: ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS :: DOPAMINA :: DOBUTAMINA :: PETIDINA :: ADRENALINA :: NORADRENALINA :: BUSPIRONA

Lisinopril

Grupo Farmacológico	Anti - Hipertensores
Indicações	Hipertensão Ligeira e Severa
Ação	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA)
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tonturas :: fadiga :: tosse :: náuseas :: diarreia :: hipotensão :: astenia :: exantema :: palpitações
Posologia	::PO: 10 mg numa toma única, sendo a dose de manutenção 20 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível



Interacções	DIURÉTICOS (efeito hipotensor potenciado) INDOMETACINA (diminui o efeito anti-hipertensivo) ANTIDIABÉTICOS ORAIS :: INSULINA (risco de hipoglicemia)
--------------------	--

Loperamida

Grupo Farmacológico	Antidiarreico
Indicações	Tratamento sintomático de diarreias agudas e crônicas :: após ileostomias :: diminuição do volume de fezes :: aumento da consistência fecal
Ação	Antiséptica intestinal :: Bacterioterápico Intestinal
Efeitos Adversos	Dor abdominal :: desconforto :: náuseas/ vômitos :: cansaço :: sonolência :: tonturas :: boca seca
Posologia	::PO em crianças com »5 anos : 1 comprimido/dia (dose inicial), seguido de 1 comprimido após cada dejectão diarreica :: DIARREIA AGUDA ::PO em crianças com »5 anos : 1 comprimido/ dia, até obter cerca de 1-2 dejectões de fezes sólidas/ dia. Pode a dose ser ajustada até 6 comprimidos por dia :: DIARREIA CRÓNICA
Farmacodinâmica	::PO: início e efeito de pico desconhecidos 10,8h de duração
Interacções	Desconhecidas

Losartam

Grupo Farmacológico	Anti-hipertensores
Indicações	Hipertensão :: Insuficiência Cardíaca (quando não indicado um IECA)



Ação	Antagonista dos Receptores da Angiotensina
Efeitos Adversos	Anemia :: mialgia :: enxaqueca :: tosse :: urticária :: prurido
Posologia	::PO: 50 mg/dia
Farmacodinâmica	::PO: início desconhecido 3-6 semanas (efeito de pico) duração desconhecida
Interações	DIURÉTICOS POUPADORES DE POTÁSSIO :: SUPLEMENTOS DE POTÁSSIO (aumento do potássico sérico) INDAMETACINA (efeito anti-hipertensor do losartam comprometido)

Levetiracetam

Grupo Farmacológico	Antiepilépticos e anticonvulsivantes
Indicações	Terapia adjuvante no tratamento de convulsões parciais com ou sem generalização secundária em doentes com epilepsia
Ação	Anti-epiléptica
Efeitos Adversos	Astenia :: sonolência : amnésia :: ataxia :: convulsão :: tonturas :: cefaleias :: tremor :: depressão :: labilidade emocional :: insónia :: nervosismo
Posologia	::PO em crianças com »16 anos: 500 mg, duas vezes ao dia, podendo ser aumentada até 1500mg, duas vezes ao dia.
Farmacodinâmica	::PO: início rápido 1,3h (efeito de pico) duração desconhecida
Interações	Desconhecidas



Lamotrigina

Grupo Farmacológico	Antiepilépticos e Anticonvulsivantes
Indicações	Epilepsia :: Doença Bipolar
Ação	Bloqueia os sinais cerebrais que despoletam as crises epiléticas
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tonturas :: sensação de sonolência ou entorpecimento :: ataxia :: visão dupla ou visão turva :: náuseas/ vômitos :: erupção cutânea
Posologia	::PO em crianças dos 2-12 anos: 1 - 15 mg/kg, num máximo de 400 mg/dia ::PO em crianças com » 12 anos: 100 - 400 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	VALPROATO :: CARBAMAZEPINA :: FENITOINA :: PRIMIDONA :: FENOBARBITAL :: OLANZAPINA :: RISPERIDONA :: RIFAMPICINA :: LOPINAVIR :: RITONAVIR :: CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

Levotiroxina Sódica

Grupo Farmacológico	Hormona Tiroideia
Indicações	Tratamento de hipotireoidismo (deficiência funcional :: atrofia primária :: falta parcial ou total da glândula tiroideia :: efeitos de cirurgia)
Ação	Tratamento de doença de foro endócrino
Efeitos Adversos	Sinais de hipertireoidismo
Posologia	::PO: 0,025 a 0,050mg, dose diária de manutenção ::PO em crianças com «1 ano de idade: 0,003 a 0,005mg/kg



	::PO em crianças de 1 ano até á adolescência: 0,150mg/dia :: Deve ser tomado de manhã e em jejum ::
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	VARFARINA (potencia efeito anticoagulante) EPINEFRINA (potencia os efeitos das catecolaminas) FENITOINA (potencia o seu efeito)



Manitol

Grupo Farmacológico	Diurético Osmótico
Indicações	Adjuvante no tratamento da Insuficiência Renal Aguda oligúrica :: adjuvante no tratamento do edema :: redução da pressão intracraniana e intraocular :: promove a excreção de certas substâncias tóxicas
Ação	Aumenta a pressão osmótica do filtrado glomerular, inibindo desse modo a reabsorção de água e electrólitos :: excreção de electrólitos.
Efeitos Adversos	Cefaleias :: confusão :: visão turva :: expansão transitória de volume :: taquicardia :: insuficiência cardíaca congestiva :: sede :: náuseas/vômitos :: hiponatremia :: hipernatremia :: hipocaliemia :: hipercaliemia :: desidratação :: flebite
Posologia	::EV: a dose teste é de 1ml/kg e a dose de tratamento varia de 2,5 a 7,5ml/kg
Farmacodinâmica	::EV: 30-60 min para início 1h (efeito de pico) 6-8h de duração

**Interacções**

LITIO (pode aumentar a sua excreção)

Meropenem**Grupo Farmacológico****Antibacterianos :: Tienamicinas****Indicações**

Tratamento de Infecções: das vias respiratórias inferiores :: das vias urinárias :: intra-abdominais :: ginecológicas :: da pele e tecidos moles :: meningites :: septicemia

Ação

Bactericida

Efeitos Adversos

Tromboflebite :: dor no local de injeção :: rash :: prurido :: urticária :: dor abdominal :: náuseas :: vômitos :: cefaleias :: parestesias

Posologia

::EV em crianças dos 3 meses - 12 anos: 10-40 mg/kg de 8/8h

::EV em crianças com » 50 kg: 500mg - 1g de 8/8h, podendo ser utilizadas doses de 2g de 8/8h

Farmacodinâmica

Não disponível

Interacções

PROBENICIDA (diminui a excreção renal do Meropenem)

Metilprednisolona**Grupo Farmacológico****Glucocorticóide de Ação Intermédia****Indicações**

Inflamações Crônicas :: doenças alérgicas :: hematológicas :: neoplásicas :: auto-imunes

Ação

Supressão da inflamação e modificação da resposta imunológica normal

Efeitos Adversos

Depressão :: euforia :: HTA :: náuseas/ vômitos :: petéquias :: atraso na cicatrização de feridas ::



	equimoses :: fragilidade :: perda de massa muscular :: osteoporose
Posologia	::PO: 0,117-1,66 mg/kg/dia, em 3-4 doses
Farmacodinâmica	::PO: algumas horas para início 1-2h (efeito de pico) 1,25-1,5 dias de duração
Interações	DIURÉTICOS :: ANFOTERICINA B :: AZLOCILINA :: CARBENICILINA :: PIPERACILINA (hipocaliemia aditiva) DIGITÁLICOS (hipocaliemia pode aumentar a toxicidade dos digitálicos a necessidade de INSULINA/HIPOGLICEMIANTES)

Metronidazol

Grupo Farmacológico	Antibiótico
Indicações	Tratamento de infecções: ginecológicas :: pele/estruturas cutâneas :: vias aéreas inferiores :: ósseas/ articulares :: SNS :: septicemia :: endocardite
Ação	Ação bactericida, tricomonicida e amebicida
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tonturas :: convulsões :: náuseas/ vômitos/ dores abdominais :: flebite :: neuropatia periférica :: anorexia
Posologia	INFECÇÃO ANAERÓBIA ::PO: 15 mg/kg/dia em 3 doses, cada 8h, durante 7-10 dias PROFILAXIA PERI-OPERATÓRIA ::PO: 35-50 mg/kg/dia, em 3 doses a cada 8h, durante 5-7 dias AMEBIASE ::PO: 35-50 mg/kg/dia, em 3 doses, a cada 8h, durante 5-10 dias
Farmacodinâmica	::EV: início rápido



efeito de pico no final da efusão

Interacções	CIMETIDINA (diminui o metabolismo do metronidazol) FENOBARBITAL (aumenta o metabolismo e diminui a eficácia) ANTICOAGULANTES ORAIS (potenciação do seu efeito) ÁLCOOL (psicose aguda e confusão) FLUOROURACILO (leucopenia)
--------------------	--

Midazolam

Grupo Farmacológico	Hipnótico Sedativo :: Benzodiazepina
Indicações	Sedação pré-operatória e amnésia pós-operatória :: Indução anestésica
Ação	Sedação de curta duração :: amnésia
Efeitos Adversos	Cefaleias :: sonolência :: agitação :: PCR :: náuseas/ vômitos :: flebite :: laringoespasmo :: depressão respiratória :: apneia
Posologia	::EV: 1mg/ml até efeito sedativo
Farmacodinâmica	::IM: 15 min para início 30-60 min (efeito de pico) 2-6h de duração ::EV: 1,5-5min para início rápido (efeito de pico) 2-6h de duração
Interacções	ÁLCOOL :: ANTI-HISTAMINICOS :: NARCÓTICOS :: HIPNÓTICOS/SEDATIVOS (redução da dose de midazolam em 30-50% se utilizado em simultâneo)

Metilperona

Grupo Farmacológico	Psicofármacos :: Butirofenonas
----------------------------	---------------------------------------

Indicações	Agitação :: confusão mental :: ansiedade :: insónia :: álcoolismo crónico :: esquizofrenias :: psicoses
Acção	Psicodpressora e Neuroléptica
Efeitos Adversos	Icterícia :: leucopenia :: reacções alérgicas :: tonturas :: manifestações extrapiramidais
Posologia	ANSIEDADE :: AGITAÇÃO :: CONFUSÃO MENTAL ::PO: 25mg, duas ou três vezes/dia ESQUIZOFRENIA :: PSICOSES ::PO: 50mg - 400mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	SEDATIVOS :: L-DOPA (potenciação do efeito psicodpressor)

Morfina

Grupo Farmacológico	Analésico Narcótico :: Agonista Classe II
Indicações	Controlo de dor intensa :: Controlo de Edema Pulmonar :: Alívio de dor associada a Enfarte Agudo do Miocárdio
Acção	Alívio da dor intensa
Efeitos Adversos	Sedação :: confusão :: miose :: diplopia :: hipotensão :: bradicardia :: náuseas :: obstipação :: sudorese :: rubor :: retenção urinária
Posologia	::SC: 0,1-0,2 mg/kg a cada 4h (não exceder os 15 mg/dose) ::IM/EV: 50-100 mcg/kg (não exceder 10mg/dose)
Farmacodinâmica	::SC: 20 min para início 50-90 min (efeito de pico) 4-5 h de duração ::IM: 10-30 min para início 30-60 min (efeito de pico) 4-5 h de duração ::EV: início rápido



20 min (efeito de pico)

4-5h de duração

Interacções	INIBIDORES DA MAO (reacção imprevisível e fatal)
	ÁLCOOL :: ANTI-HISTAMINICOS ::
	SEDATIVOS/HIPNÓTICOS (depressão de SNC)

Metoprolol

Grupo Farmacológico	Anti-hipertensor :: Bloqueador beta - adrenérgico selectivo :: anti-anginoso
Indicações	Utilizado isoladamente ou em associação com outros agentes no tratamento da HTA e angina de peito
Acção	Diminui a frequência cardíaca e pressão arterial
Efeitos Adversos	Fadiga :: astenia :: tonturas :: depressão :: visão turva :: broncoespasmo :: bradicardia :: insuficiência cardíaca congestiva :: edema pulmonar :: obstipação :: diarreia :: hiperglicemia :: hipoglicemia
Posologia	::PO: 100 - 450 mg/dia em dose única ou 2 vezes dia
Farmacodinâmica	::PO: 15 min (início) efeito de pico desconhecido 6-12h de duração
Interacções	ANESTESIA GERAL :: FENITOINA :: VERAPAMIL (depressão miocárdica) AGENTES ANTI-HIPERTENSORES :: ÁLCOOL :: NITRATOS (hipotensão aditiva) EPINEFRINA (excesso de estimulação alfa - adrenérgica) INSULINA (aumenta períodos de hipoglicemia)

Metoclopramida

Grupo Farmacológico	Anti-emético :: estimulante GI
----------------------------	---------------------------------------



Indicações	Prevenção do vômito induzido pela quimioterapia :: tratamento da estase gástrica pós-operatória e diabética :: facilita a entubação intestinal para procedimentos radiológicos :: controlo do refluxo gástrico :: tratamento e prevenção de náuseas e vômitos pós - operatórios , no caso de SNG/SOG contra-indicada
Ação	Alívio das náuseas, vômitos e dos sintomas de estase gástrica
Efeitos Adversos	Agitação :: sonolência :: fadiga :: reacções extrapiramidais :: arritmias :: obstipação :: ginecomastia
Posologia	::EV em crianças 6-14 anos : 2,5-5 mg (a dosagem não deve exceder 0,5m/kg) ::EV em crianças com < 6 anos : 0,1 mg/kg
Farmacodinâmica	::EV: 1-3 min (início) Imediato (efeito de pico) 1-2h de duração
Interações	ÁLCOOL :: ANTIDEPRESSIVOS :: ANTI-HISTAMINICOS :: NARCÓTICOS :: SEDATIVOS HIPNÓTICOS (depressão aditiva do SNC) ANESTESIA (pode agravar a hipotensão) HALOPERIDOL :: FENOTIAZINAS (risco acrescido de reacções extrapiramidais)

Naloxona

Grupo Farmacológico	Antagonista Narcótico
Indicações	Reversão da depressão respiratória e do SNC por suspeita





	de sobredosagem narcótica
Ação	Reversão dos sinais de excesso de narcóticos
Efeitos Adversos	Taquicardia ventricular :: fibrilação ventricular :: hipotensão arterial :: náuseas/vômitos
Posologia	DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA OU DO SNC INDUZIDA POR NARCÓTICOS ::EV/ IM/ SC: 0,01 mg/kg, se resposta inadequada aumentar para 0,1 mg/kg. Pode repetir-se a dose EV a cada 2-3 min, conforme necessário DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA PÓS-OPERATÓRIA ::EV: 5-10 mcg/kg podendo repetir-se a cada 2-3 min até obtenção de resposta, com doses adicionais a cada 2-3h, em SOS
Farmacodinâmica	::EV: 1-2 min de início efeito de pico desconhecido 45 min de duração ::IM/ SC: 2-5 min de início efeito de pico desconhecido >45 min de duração
Interacções	ANALGÉSICOS NARCÓTICOS (síndrome de privação) ANALGÉSICOS (naloxona antagoniza a analgesia)

Noradrenalina| Norepinefrina

Grupo Farmacológico	Vasopressor
Indicações	Tratamento do Choque: produz vasoconstrição e estimulação miocárdica, que podem ser necessárias após reposição com fluidos
Ação	Aumento da TA e do débito cardíaco
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tremores :: agitação :: bradicardia :: HTA :: diminuição do débito urinário :: falência renal ::



	hiperglicemia :: a cídose metabólica
Posologia	::EV: 2mcg/min (início), posteriormente a dose de manutenção é gerida consoante a resposta da TA da criança. PCR ::EV: 0,1 mcg/min (dose inicial), posteriormente a dose de manutenção é gerida consoante a resposta da TA da criança.
Farmacodinâmica	::EV: início imediato efeito de pico rápido 1-2 min de duração
Interacções	ANESTÉSICOS :: DIGITÁLICOS (irritação miocárdica) INIBIDORES DA MAO :: METILDOPA :: ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (HTA grave) BLOQUEADORES ALFA-ADRENÉRGICOS (podem prevenir a resposta vasopressora) BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS (podem exagerar a HTA ou bloquear a estimulação cardíaca)

Nistatina

Grupo Farmacológico	Anti-infecciosos :: antifúngicos
Indicações	Tratamento de Candidíases Orais Recorrentes
Ação	Fungistática e fungicida
Efeitos Adversos	Diarreia :: perturbação gastrointestinal :: náuseas/vómitos :: exantema :: urticária :: angioedema :: edema facial
Posologia	::PO em lactentes: 1-2 mL, quatro vezes ao dia ::PO nas restantes crianças: 1 mL, quatro vezes ao dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	Nenhumas



0

Omeprazol

Grupo Farmacológico	Antiulcerosos
Indicações	Úlceras duodenais :: úlceras gástricas benignas :: esofagite de refluxo :: síndrome de Zollinger - Ellison
Ação	Inibidora da bomba de prótons
Efeitos Adversos	Diarreia :: obstipação :: flatulência :: náuseas/vômitos :: prurido :: alopecia :: mialgia :: dor articular :: sonolência :: distúrbios do sono :: parestesias :: cefaleias
Posologia	ESOFAGITE DE REFLUXO GRAVE ::PO em crianças com »2 anos entre 10-20kg: 10 mg/dia ::PO » 20 Kg: 20 mg/dia (aproximadamente 1mg/kg/dia) SÍNDROME ZOLLINGER-ELLISON ::PO: 20 mg/dia, até 80 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	DIAZEPAM :: VARFARINA :: FENITOINA (atrasa a eliminação de fármacos) CLARITROMICINA (aumento das concentrações plasmáticas) DIGOXINA (potencia o seu efeito)

Pancurónio

Grupo Farmacológico	Bloqueador neuromuscular não despolarizante
Indicações	Paralisia da musculatura esquelética :: facilita entubação traqueal após sedação :: durante intervenções cirúrgicas :: durante ventilação mecânica para garantir melhor distensibilidade pulmonar
Acção	Paralisia da musculatura esquelética
Efeitos Adversos	Taquicardia ligeira :: hipersalivação :: apneia :: sibilos :: fraqueza muscular :: sensação de queimadura no trajecto venoso :: reacções alérgicas
Posologia	::EV em crianças com > 1 mês: 0,04-0,1 mg/kg (início), posteriormente administrar doses suplementares de 0,01 mg/kg, a cada 25-60 min para manter a paralisia ou 0,015 mg/kg para possibilitar a ventilação mecânica
Farmacodinâmica	::EV: 30-45 sg para início 3-4,5 min (efeito de pico) 35-45 min de duração
Interações	SUCCINILCOLINAS :: ANESTESIA GERAL :: AMINOGLICOSÍDEOS :: COLISTINA :: CLINDAMICINA :: LIDOCAINA :: QUINIDINA :: BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS :: DIURÉTICOS ESPOLIADORES DE POTÁSSIO E MAGNÉSIO (prolongam a paralisia muscular)



Piperacilina

Grupo Farmacológico	Antibiótico :: Penicilina de Largo Espectro
Indicações	Tratamento de Infecções Graves por microorganismos susceptíveis :: em doentes imunodeprimidos :: profilaxia pré-operatória
Acção	Destruição de bactérias susceptíveis
Efeitos Adversos	Confusão :: letargia :: convulsões :: exantemas :: hipocaliemia :: náuseas/ vômitos :: hemorragia :: flebite :: dor no local de injeção :: anafilaxia
Posologia	::EV em crianças dos 2-12 anos e até 40 kg : 100 mg, de 8-8h ::EV em crianças dos 2-12 anos e » 40 kg : 4,5g de 8-8h ::EV em crianças com » 12 anos : 4,5 g, de 8-8h. A dose depende da gravidade, podendo oscilar entre 2,25-4,5g, de 6-8h.
Farmacodinâmica	::EV: início rápido final da efusão (efeito de pico)
Interacções	PROBENICIDA (diminui a excreção renal) DIURÉTICOS :: GLUCOCORTICÓIDES :: ANFOTERICINA B (risco de hipocaliemia) AMINOGLICOSÍDEOS (diminuição da sua semi-vida)

Paracetamol

Grupo Farmacológico	Analgésicos e antipiréticos
Indicações	Tratamento sintomático de afecções dolorosas ou febris :: tratamento sintomático da dor da osteoartrose
Acção	Acção Anilídica
Efeitos Adversos	Eritema :: urticária :: rash cutâneo



Posologia	::PO em crianças dos 3 meses - 1 ano: ½ colher de xarope ::PO em crianças dos 1 - 3 anos: 1 colher mal-medida, cerca de 3 vezes/dia ::PO em crianças dos 4 - 6 anos: 1 colher de xarope, até 3 vezes/dia ::PO em crianças dos 7 - 12 anos: 1 colher e ½ de xarope, até 4 vezes/dia ::RECTAL em lactentes: 1 supositório de 125mg, 1 a 3 vezes/dia ::RECTAL em crianças: 1 supositório de 250 mg, 1 a 3 vezes/dia ::RECTAL em juniores: 1 supositório de 500 mg, 1 a 3 vezes/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	FENOBARBITAL :: FENITOINA :: CARBAMAZEPINA :: RIFAMPICINA (potenciam o efeito tóxico do paracetamol)

Pirazinamida

Grupo Farmacológico	Antibacterianos
Indicações	Tuberculose em todas as suas formas e localizações
Ação	Antituberculosa
Efeitos Adversos	Anorexia :: náuseas/ vômitos :: febre :: calafrios:: cefaleias :: dificuldade respiratória :: hipotensão
Posologia	::PO: 20-30mg/kg/dia, não excedendo os 3g/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	ANTICOAGULANTES :: CORTICOSTERÓIDES :: DIGITÁLICOS :: ANTIDIABÉTICOS ORAIS :: BENZODIAZEPINAS :: TEOFILINA :: ANTICONVULSIVANTES :: ANTIDEPRESSIVOS



TRICICLICOS :: ANTAGONISTAS DO CÁLCIO ::
ANTIFÚNGICOS (redução das suas actividades)

Paroxetina

Grupo Farmacológico	Psicofármacos
Indicações	Depressão :: Perturbação Obsessiva - Compulsiva :: Perturbação de Pânico :: Perturbação da Ansiedade Social/ Fobia Social
Acção	Antidepressiva
Efeitos Adversos	:: Náuseas :: disfunção sexual :: perda de apetite :: insónia :: agitação :: sonolência :: tonturas :: tremores :: visão turva :: bocejos :: boca seca :: diarreia :: obstipação :: aumento da transpiração :: fraqueza :: aumento de peso.
Posologia	DEPRESSÃO ::PO: 20 mg/dia. Pode ser necessário aumentar a dose cerca de 10mg/dia até a um máximo de 50mg/dia. PERTURBAÇÃO OBSESSIVA-COMPULSIVA ::PO: 40mg/dia. Devem iniciar a terapêutica com 20 mg/dia, que pode ser aumentada em 10 mg/dia, até a um máximo de 60 mg/dia. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO ::PO: 40 mg/dia. Devem iniciar a terapêutica com 10 mg/dia e ser aumentada em 10 mg semanalmente. Não deve ultrapassar os 60 mg/dia.
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ÁLCOOL (pode potenciar efeito antidepressivo) LITIO (administração concomitante deve ser feita com cuidado)



CIMETIDINA (aumenta a biodisponibilidade do antidepressivo)

FENITOINA (diminui os níveis da paroxetina)

ANTICOAGULANTES (potencia o risco de hemorragia)

Prednisolona

Grupo Farmacológico	Glucocorticóide :: Ação Intermédia
Indicações	Utilizada em doenças: inflamatórias :: alérgicas :: hematológicas :: neoplásicas :: auto-imunes
Ação	Supressão da inflamação e modificação da resposta imunitária normal :: terapêutica de reposição na insuficiência supra-renal
Efeitos Adversos	Cefaleias :: agitação psicomotora :: depressão :: euforia :: hipertensão :: náuseas/ vômitos :: anorexia :: úlcera péptica :: petéquias :: equimoses :: hirsutismo :: acne :: supressão adrenal :: aspecto Cushingóide
Posologia	::PO/IM/EV: 1mg/kg
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	DIURÉTICOS :: ANFOTERICINA B :: CARBENICILINA :: PIPERACILINA (hipocaliemia) TOXICIDADE DIGITAL (hipocaliemia)



R

Ranitidina

Grupo Farmacológico	Antiácidos e antiulcerosos
Indicações	Úlcera duodenal :: úlcera gástrica benigna :: esofagite de refluxo :: síndrome de Zollinger - Ellison :: tratamento sintomático da doença gastro-esofágica de refluxo :: tratamento profilático da úlcera duodenal recorrente
Ação	Antagonista dos Receptores H_2
Efeitos Adversos	Cefaleias :: tonturas :: astenia :: diarreia :: mialgia :: bradicardia
Posologia	::PO: 5 mg/kg, duas vezes/dia, até um máximo de 300 mg em 24h
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	TEOFILINA (aumento de concentrações plasmáticas) ANTIÁCIDOS :: SUCRALFATO (reduzem a absorção da ranitidina) ÁLCOOL (ranitidina potencia o seu efeito)

S

Salbutamol

Grupo Farmacológico	Antiasmáticos :: Broncodilatadores
Indicações	Tratamento do Broncoespasmo na Asma e DPOC :: Bronquite Crónica :: Enfisema Pulmonar com Obstrução Reversível :: Prevenção do Broncoespasmo
Acção	Agonista Adrenérgico Beta
Efeitos Adversos	Tremor :: agitação :: nervosismo :: palpitações :: cefaleias :: taquicardia :: arritmias :: broncospasmo paradoxal :: urticária :: angioedema
Posologia	::PO em crianças < 2 anos : 100 mg/kg, 4 vezes/dia ::PO em crianças dos 2-6 anos : 1 - 2 mg, 3 - 4 vezes/dia ::PO em crianças dos 6-12 anos : 2 mg, 3 - 4 vezes/dia ::NEB: 100 mg, até 3 a 4 vezes/dia. ::INALAÇÃO (pó) : 200 mg, até 3 a 4 vezes/dia. ::INALAÇÃO (solução respiratória) em crianças com > 18 meses : 2,5-5 mg, 3 a 4 vezes/dia. ::SC/IM: 500 mcg, a cada 4h, em SOS
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	CORTICOESTERÓIDES :: DIURÉTICOS :: XANTINAS

Sulfato de Magnésio

Grupo Farmacológico	Electrólito :: Modificador electrolítico :: Laxante salino :: anticonvulsivante
----------------------------	--



Indicações	Tratamento e prevenção de hipomagnesemia :: anticonvulsivante na eclâmpsia grave ou pré-eclâmpsia :: Utilizado como laxante para esvaziar o intestino, na preparação pré-cirúrgica ou para exames radiológicos
Acção	Compensação em estados deficitários :: resolução da eclâmpsia :: esvaziamento do cólon
Efeitos Adversos	Sonolência :: diminuição da frequência respiratória :: bradicardia :: hipotensão :: diarreia :: rubor :: paralisia
Posologia	LAXANTE ::PO em crianças dos 6-12 anos : 5-10g ::PO em crianças dos 2-5 anos : 2,5-5g
Farmacodinâmica	::PO: início em 3-6h efeito de pico desconhecido duração desconhecida
Interacções	BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (potencia a sua acção)

Sulfato de Ferroso

Grupo Farmacológico	Antianémicos :: Compostos de Ferro
Indicações	Anemias por défice de ferro
Acção	Melhoria do estado deficitário de ferro
Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: dor epigástrica :: diarreia :: obstipação
Posologia	::PO em crianças dos 6-12 anos : 30 mg, até 100-120 mg/dia, em duas fracções ::PO em crianças dos 1-5 anos : 4-5 mg/Kg/dia, em 2 fracções ::PO em crianças com < 1 ano : 1 mg/Kg/dia, em 2 fracções
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	ANTIÁCIDOS :: PENICILINAS :: TETRACICLINAS ::



TRIENTINA :: ZINCO (reduzem a absorção do Ferro)
 CIPROFLOXACINA :: NORFLOXACINA :: OFLOXACINA ::
 LEVODOPA (absorção reduzida pelo Ferro)



Tiopental

Grupo Farmacológico	Anestésicos Gerais :: Barbitúricos
Indicações	Indução de anestesia geral :: anestesia completa de curta duração :: hipnose :: controlo de estados convulsivantes :: redução da PIC
Acção	Anestesia Intravenosa e Raquianestesia
Efeitos Adversos	Depressão do miocardio :: depressão respiratória :: estreitamento da larinje :: espirros :: perturbação do ritmo do coração :: sonolência prolongada :: tosse :: tremor :: estreitamento dos bronquios e bronquíolos
Posologia	::EV: dose máxima de 1 g , ou seja, 20 ml de solução a 5% ou 40 ml de solução a 2,5%
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	COM TODA A MEDICAÇÃO (a administração do bólus ou da perfusão deve ser realizada numa via separada)

Tramadol

Grupo Farmacológico	Analgésico Opiáceo
Indicações	Dores moderadas a severas de carácter agudo, subagudo e crónico
Acção	Efeito analgésico para alívio da dor.



Efeitos Adversos	Náuseas/ vômitos :: secura da boca :: tonturas :: sonolência :: cefaleias :: obstipação :: incontinência urinária :: convulsões :: palpitações :: taquicardia
Posologia	::PO em crianças >14 anos : 50 mg (1 comprimido) ou 20 gotas em cada 4/6h ::IM em crianças >14 anos : 1 ampola em cada 4/6h ::RECTAL: 100 mg (1 supositório) a cada 4/6h ::Efeitos desconhecidos < 14 anos ::
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	INIBIDORES DA MAO (risco de vida) ÁLCOOL (potencia efeitos opióides) CARBAMAZEPINA (reduz efeito analgésico e espectro de acção)

Trazodona

Grupo Farmacológico	Antidepressivo
Indicações	Tratamento de Depressão Major :: depressão com ou sem ansiedade :: dor neurogénica ou outras dores crónicas
Acção	Melhoria de sinais e sintomas de depressão
Efeitos Adversos	Sonolência :: cefaleia :: náuseas/ vômitos :: hipotensão :: arritmias :: diarreia :: obstipação :: bradicardia sinusal
Posologia	::PO: 100-150 mg/ dia, em doses parciais
Farmacodinâmica	Não disponível
Interações	VARFARINA (alteração do tempo de protrombina) ÁLCOOL :: DEPRESSORES DO SNC (depressão excessiva) ANTI-HIPERTENSORES (hipotensão grave) DIGOXINA :: FENITOINA (aumento dos níveis séricos)

Tiamina

Grupo Farmacológico	Vitaminas e Sais Minerais
Indicações	No tratamento e prevenção das deficiências em vitamina B1 :: em situações raras de doenças metabólicas congénitas :: no coma de etiologia desconhecida :: intoxicação alcoólica :: síndrome de privação
Acção	Vitamina Hidrossolúvel
Efeitos Adversos	Reacções de hipersensibilidade :: choque anafilático
Posologia	::EV/IM: 30 mg/dia, numa só toma ou em fracções. Na deficiência grave até 300 mg/dia
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	Desconhecidas

Tiapridal

Grupo Farmacológico	Psicofármacos
Indicações	Etilismo :: agitação psicomotora :: agressividade :: pré-delirium :: delirium tremens :: ansiedade :: agressividade :: alterações do comportamento :: irritabilidade :: movimentos anormais
Acção	Psicodepressora e Neuroléptica
Efeitos Adversos	Sedação :: sonolência :: síndrome extrapiramidal :: hipotensão ortostática :: impotência :: frigidez :: amenorreia :: galactorreia :: aumento ponderal
Posologia	ETILISMO ::EV/IM: 400 - 1200 mg/dia a cada 4-6h. Esta dose pode ser aumentada até 1800mg/dia ::PO: 200 - 400 mg/dia



	PERTURBAÇÕES NEUROPSÍQUICAS
	::PO: 200-400 mg/dia
	MOVIMENTOS ANORMAIS
	::PO: 300-800 mg/dia
Farmacodinâmica	::IM/EV: início rápido 30 min (efeito de pico) 2,9 - 3,60h de duração ::PO: início rápido 1h (efeito de pico) 2,9 - 3,60h de duração
Interações	ÁLCOOL (potencia efeito sedativo) LEVODOPA (antagonismo deste fármaco) ANTI-HIPERTENSORES (risco de hipotensão ortostática) DEPRESSORES DO SNC (potenciação da sedação) CAPTOPRIL :: ENALAPRIL (efeito anti-hipertensor e risco de hipotensão ortostática)

V

Vancomicina

Grupo Farmacológico	Antibiótico
Indicações	Tratamento de Infecções potencialmente letais, sempre que estejam indicados outros antibióticos menos tóxicos :: Endocardites :: Osteomielites :: Pneumonia :: Septicemia :: Tecidos moles :: Colite Pseudomembranosa
Ação	Ação bactericida contra microorganismos susceptíveis
Efeitos Adversos	Ototoxicidade :: hipotensão :: náuseas/ vômitos :: nefrotoxicidade :: flebite :: exantemas :: anafilaxia



Posologia	INFECÇÕES SISTÊMICAS GRAVES ::EV: 40 mg/kg/dia repartidos a cada 6-12h ::EV em RN « 1 semana: dose inicial de 15 mg/kg seguida de 10 mg/kg de 12/12h ::EV em RN de 1 semana- 1 mês: dose inicial de 15 mg/kg seguida de 10 mg/kg de 8/8h COLITE PSUDOMEMBRANOSA ::PO: 40 mg/kg/dia em intervalos de 6-8h (não exceder os 2 g/dia) ENDOCARDITE EM DOENTES ALÉRGICOS À PENICILINA ::EV em crianças com « 27kg: 20 mg/kg em dose única, 1h antes da intervenção invasiva
Farmacodinâmica	::EV: início rápido final da efusão (efeito de pico)
Interacções	ASPIRINA :: AMINOGLICOSÍDEOS :: CICLOSPORINA :: DIURÉTICOS DE ANSA (potenciação de efeitos tóxicos)

Vasopressina

Grupo Farmacológico	Hormona Antidiurética
Indicações	Tratamento de diabetes insipida :: controlo da distensão abdominal :: Utilizado para eliminar sombras aéreas durante radiografias abdominais
Acção	Diminuição do débito urinário e aumento da osmolaridade urinária na diabetes insipida :: alívio da distensão abdominal
Efeitos Adversos	Tonturas :: sensação de peso na cabeça :: dor pré-cordial :: EAM :: cólicas :: diarreia/ náuseas/ vômitos :: sudorese :: palidez :: dor no local de injeção
Posologia	DIABETES INSIPIDA CENTRAL ::IM/SC: 2,5-10 u, cerca de 3-4 vezes ao dia



Farmacodinâmica	::IM/SC: início e pico desconhecidos 2-8h de duração
Interacções	ÁLCOOL :: LITIO :: HEPARINA :: NORADRENALINA (efeitos diuréticos diminuídos em associação com estes fármacos) CARBAMAZEPINA :: CLOROPROPAMIDA :: FLUDROCORTISONA (efeitos potenciados)

Verapamil

Grupo Farmacológico	Bloqueador de Canais de Cálcio :: Anti-anginoso :: Anti-HTA :: Anti-arritmico Tipo IV :: Vasodilatador Coronário
Indicações	Tratamento da Angina de Peito :: Controlo da HTA :: Controlo de Taquicardia Supraventricular rápida que acompanham o flutter ou a fibrilação auricular
Acção	Vasodilatação coronária :: diminuição da frequência e da gravidade das crises anginosas :: supressão das taquiarritmias supraventriculares :: diminuição da TA
Efeitos Adversos	Tonturas :: bradicardia :: hipotensão :: edema :: PCR :: obstipação :: náuseas
Posologia	::EV em crianças 1-16 anos : 0,1-0,3 mg/kg durante 2min (sob monitorização ECG), podendo repetir-se no final de 30 min. A dose inicial não deve exceder os 5mg , nem a seguinte 10 mg. ::EV em crianças < 1 ano : 0,1-0,2 mg/kg durante 2min (sob monitorização ECG), podendo repetir-se no final de 30 min.
Farmacodinâmica	::EV: 1-5 min de início 3-5 min (efeito de pico) 2h de duração



Interacções	DIGOXINA (aumenta a intoxicação digitalica) BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS (risco de bradicardia e insuficiência cardíaca congestiva) ANTIHIPERTENSORES :: NITRATOS :: ÁLCOOL (hipotensão aditiva) DISOPIRAMIDA (risco de insuficiência cardíaca congestiva)
--------------------	---

Varfarina

Grupo Farmacológico	Anticoagulantes e Antitrombóticos
Indicações	Profilaxia de doenças tromboembólicas (TEP e TVP) :: Prevenção de Tromboembolismo (em doentes com FA e plastias valvulares)
Acção	Antagonista da Vitamina K
Efeitos Adversos	Hemorragia :: necrose cutânea :: alopecia :: febre :: náuseas/ vômitos :: diarreia :: priapismo :: reacções de hipersensibilidade cutânea
Posologia	::PO: 10 - 15 mg/dia, durante 2-4 dias, seguida de uma dose de manutenção 2,5 a 15 mg/dia (Deve ser administrada em toma única e de preferência ao deitar)
Farmacodinâmica	Não disponível
Interacções	HORMONAS TIROIDEIAS :: CLOFIBRATO :: ASPIRINA :: AINES :: TROMBOLITICOS (risco de hemorragia) ÁLCOOL (ingestão aguda) :: ALOPURINOL :: AMIODARONA :: ASPIRINA :: CEFAMANDOL :: CLORANFENICOL :: CIMETIDINA :: CLOFIBRATO :: DIPIRIDAMOL :: ERITROMICINA :: HALOFENATO :: METRONIDAZOL :: MICONAZOL :: PARACETAMOL :: QUINIDINA :: TETRACICLINA :: VITAMINA E (potenciam



o efeito da varfarina)

ÁLCOOL (ingestão crónica) :: BARBITÚRICOS ::

CARBAMAZEPINA :: CONTRACEPTIVOS ORAIS ::

ESPIRONALACTONA :: FITOMENADIONA :: RIFAMPICINA

(diminuem os efeitos da varfarina)

3 | Bibliografia

*Bartelink IH, Rademaker CMA, Schobben AFAM, van den Anker JN. Guidelines on paediatric dosing on the basis of developmental physiology and pharmacokinetic considerations. Clin Pharmacokinet. 2006; 45(11): 1077-97.

*Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, Blowey DL, Leeder JS, Kauffman RE. Developmental pharmacology: drug disposition, action, and therapy in infants and children. N Engl J Med. 2003; 349: 1157-67.

*Silva P. Farmacologia básica e clínica. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006

*Johnson TN. The development of drug metabolizing enzymes and their influence on the susceptibility to adverse drug reactions in children. Toxicology. 2003; 192: 37-48.

*Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

*Alcorn J, McNamara PJ. Pharmacokinetics in the newborn. Adv Drug Deliv Rev. 2003; 55: 667-86.

*Simons AB, Tibboel D. Pain perception development and maturation. Semin Fetal Neonatal Med. 2006; 11: 227-31.



- *****
- *Pineiro-Carrero VM, Pineiro EO. Liver. Pediatrics. 2004; 113: 1097-1106.

 - *Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004

 - *World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines for Children. [atualizada em Setembro de 2010; acesso em 10 de Outubro de 2010]. Disponível em: [www.who.int/ medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html)

 - *Soffritti M, Belpoggi F, Tibaldi E, Esposti DD, Lauriola M. Life-span exposure to low doses of aspartame beginning during prenatal life increases cancer effects in rats. Environ Health Perspect. 2007; 115(9): 1293-97.

 - *Autret-Leca E, Bensouda-Grimaldi L, Le Guellec C, Jonville-Béra AP. L'enfant et les médicaments: application à la prescription en pédiatrie. Arch Pédiatr. 2006; 13: 181-5.

 - *Silva, FA, Gaspar MFM, Leal MTS. Guia Farmacológico para Enfermeiros: em Cuidados Intensivos e Urgência. Lisboa: Lusodidacta; 2000

 - *Índice Nacional Terapêutico. Lisboa: Tupam Editores; 2003

 - *Carneiro AH, Neutel E. Curso de Evidência na Emergência: Manual de Procedimentos. 3ª Edição. Porto: Reanima; 2010

 - *Ministério da Saúde. Prontuário Terapêutico. Infarmed; 2010
-

Ana Sofia Guimarães

UCP - ICS| 3º Curso de Pós - Licenciatura

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sob Orientação da Sr.ª Enf.ª Marta Cláudia Sousa

