



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Gomes Fernandes Pereira de Sousa

Abril, 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Por Ana Gomes Fernandes Pereira de Sousa

Sob orientação Mestre Isabel Quelhas

Abril, 2014

RESUMO

O presente Relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O estágio foi constituído por três módulos de estágio, inseridos no plano de estudo do curso acima identificado. Foram eles: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contexto de Doença Aguda e Crónica; e o Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica. O estágio teve duração total de 750 horas: 540 horas no local de estágio e 210 horas de trabalho individual. Neste Relatório pretendo descrever, de uma forma crítico-reflexiva, as competências desenvolvidas através de atividades executadas, segundo os objetivos pessoais definidos ao longo deste percurso formativo enquanto aluna. Na execução do mesmo, utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva. As competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica foram desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio. Estas foram essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

This report comes as part of the Master in Nursing with specialization in Child Health and Pediatrics (MEESIP) in the Catholic University of Portugal (UCP). The stage was composed by three stage modules inserted in the course of the plan study identified above. They are: Module I - Child Health; Module II - Service of Medicine and Surgery in the context of Acute and Chronic Disease and Module III - Neonatology and Pediatric Emergency Department. The stage had a total duration of 750 hours: 540 hours at the place of internship and 210 hours of individual work . I intend to describe in this report in a critical-reflexive way the skills developed through the performed activities according to the defined personal goals throughout this training course as a student. In its implementation i used a descriptive and reflective methodology. The skills of Specialist Nurse in Child Health and Pediatric have been developed over the training contexts. These were essential for my professional and personal growth as a future Specialist Nurse in Pediatric and Child Health.

Agradecimentos

À enfermeira Isabel Quelhas pela sua orientação e dedicação

Ao meu marido pelo apoio nos momentos mais difíceis

Às enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica que me orientaram ao longo
dos estágios

A todas as crianças/adolescentes e respetiva família com as quais tive oportunidade de
contactar

SIGLAS E ABREVIATURAS

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CA – Cantinho de Amamentação

CHEDV – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CEP – Curso de Educação Parental

CMI – Curso de Massagem Infantil

CPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSI – Consultas de Saúde Infantil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EDIN – Echelle Douleur Inconfort Nouveau- Né

EE – Enfermeiro especialista

EESIP – Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

ELI – Equipa de Intervenção Percoce EVA – Escala Visual Analógica

EVA – Escala Visual Analógica

HPH – Hospital Pedro Hispano

IACP – Instrumento de Avaliação de Competências Parentais

MEESIP - Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e
Pediátrica

MI – Massagem infantil

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Plano Nacional de vacinação

PBMQ – Projeto Bem-Me-Quer

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SE – Saúde escolar

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

CSC – Cuidados de Saúde Comunitários

SMSL – Síndrome de Morte Súbita em Lactente

SU – Serviço de Urgência

UCCM - Unidade de Cuidados à Comunidade de Matosinhos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS EM ESTÁGIO	17
2.1. DOMÍNIO DE GESTÃO DE CUIDADOS	18
2.2. DOMÍNIO DE FORMAÇÃO	21
2.3. DOMÍNIO DE INVESTIGAÇÃO	26
2.4. DOMÍNIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	30
3. CONCLUSÃO	71
4. BIBLIOGRAFIA	73
5. ANEXOS	
ANEXO I – Guia de Fármacos de Urgência/Emergência Pediátrica	77
ANEXO II – Formação a Pares – Norma para o Transporte de crianças Inter-Hospitalar	143
ANEXO III – Avaliação Inicial de Enfermagem - UCIN	185
ANEXO IV – Registo de Educação do Doente e Família	191
ANEXO V – Neonatologia – Registos de Enfermagem	197
ANEXO VI – Plano da Ação de Educação para a Saúde – Saúde oral	201
ANEXO VII – Ação de Educação para a Saúde Oral– Teatro de fantoches	205
ANEXO VIII – Ação de Educação para a Saúde Oral - Atividade para consolidar conhecimentos	215
ANEXO IX – Ação de Educação para a Saúde Oral - Documento Informativo para os Encarregados de Educação	219

ANEXO X – Ação de Educação para a Saúde Oral - Check list do treino da escovagem dos dentes e Avaliação de resultados	223
ANEXO XI – Ação de Educação para a Saúde Oral - Medalhas do “Super- Dente”	227
ANEXO XII -Plano e Sessão da Ação de Educação para a Saúde - “Amamentação, regresso ao trabalho”.	231
ANEXO XIII - Plano e Sessão da Ação de Educação para a Saúde - “Estimular o crescimento e desenvolvimento infantil”	252

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), realizei um Relatório de Estágio.

O relatório de estágio refere-se aos três módulos de estágio, incorporados no plano de estudo do curso acima identificado. Estes são: Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contexto de Doença Aguda e Crónica e o Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica. Cada Módulo de Estágio tem uma duração total de 250 horas: 180 horas no local de estágio e as restantes 70 horas dedicadas à consolidação de conhecimentos para desenvolvimento das competências e à orientação tutorial.

O Módulo I foi desenvolvido na Unidade de Cuidados da Comunidade de Matosinhos (UCCM) e na USF Horizonte, do dia 1 de outubro a 23 de novembro de 2013.

O Módulo II foi desenvolvido no HPH, no serviço de Pediatria, do dia 25 de novembro de 2013 a 1 de fevereiro de 2014.

O Módulo III decorreu no CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira, no serviço de Neonatologia do dia 13 de maio a 12 de junho de 2013 e no serviço de Urgências Pediátricas do dia 13 de junho a 13 de julho de 2013.

Este relatório tem como objetivo geral descrever o meu percurso, enquanto aluna do curso MEESIP, em estágio. Neste documento irei evidenciar as competências da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que desenvolvi através de atividades executadas e a partir de objetivos pessoais traçados e executei uma reflexão crítica acerca dos mesmos.

Na elaboração do relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, estruturando-o da seguinte forma: a introdução; o corpo de texto, que é constituído por dois capítulos. No primeiro capítulo referi as competências (divididas pelos respetivos



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

domínios) adquiridas ao longo dos módulos de estágio, nomeando os objetivos estabelecidos, as atividades executadas e a análise crítico-reflexiva da minha prática. No segundo capítulo apresento a conclusão, onde apresento uma contextualização generalizada dos aspetos mais relevantes deste longo período de aprendizagem.



2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO

O Plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Centro Regional do Porto, preconiza 29 competências que o EESIP deve desenvolver ao longo da sua formação académica. Desta forma, ao longo do estágio tracei objetivos e delineei atividades para atingir os mesmos.

Neste capítulo dividi as competências por quatro domínios: Gestão, Formação, Investigação e Prestação de Cuidados. Para tal, tracei objetivos e descrevi, de forma crítico-reflexiva, as atividades que realizei.

Os enfermeiros EESIP possuem uma formação diferenciada na atuação com a criança/jovem e família. Estes prestam cuidados qualificados, estando em alerta para dar resposta a todas as situações que possam surgir a este binómio. Segundo a O.E. (2011, p.17) *“Os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como a criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz. Para além de deterem conhecimentos e/ou habilidades nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, efetuando a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, pondo em prática as suas competências técnicas e/ou relacionais, bem como a antecipação e resposta às situações de urgência/emergência”*.

2.1. Domínio Gestão de Cuidados

Atualmente, o domínio gestão de cuidados constitui uma preocupação permanente nas instituições de saúde. O enfermeiro especialista assume uma postura de referência perante a equipa multidisciplinar e a instituição onde exerce a sua função.

O EE nem sempre está diretamente ligado à prestação de cuidados. No entanto, zela, lidera e supervisiona os mesmos, assumindo, assim, a responsabilidade dos cuidados prestados pela equipa. Segundo a O.E. (2009, p.17) o enfermeiro especialista “realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

O EE como conhecedor das dinâmicas e metodologias do serviço, assume a responsabilidade da gestão de recursos materiais, cuja finalidade consiste em assegurar um limite mínimo dos mesmos, necessários à prestação de cuidados, evitando o desperdício. O EE deve, ainda, promover comportamentos na equipa que evitem o mau uso dos materiais.

COMPETÊNCIAS

- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.

Objetivos:

- Conhecer as competências do enfermeiro especialista em SIP na área de gestão de cuidados, de recursos materiais e de recursos humanos.

Atividades realizadas:

- Conheci os serviços;
- Conheci a dinâmica e metodologia adotadas pelos serviços, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem;
- Identifiquei e refleti, de forma crítica, sobre o papel do EESIP no domínio da gestão de cuidados, recursos materiais e recursos humanos.

Reflexão Crítica:

Ao longo do meu estágio, nos vários contextos, foi alvo da minha atenção a gestão de cuidados estabelecida em cada um deles, observando e refletindo no papel do EE nessa mesma área. Para isso, foi crucial conhecer as estruturas físicas, dinâmicas e metodologias adotadas pelos serviços. Pude constatar que os serviços apresentavam boas condições de conforto e segurança para a criança e família. Estes apresentavam-se dinamizados para crianças, através de pinturas nas paredes e salas com material didático para o desenvolvimento das mesmas. No entanto, não possuem uma área dedicada aos adolescentes. No que concerne à metodologia de trabalho individualizada, enfermeiro era responsável pelos cuidados prestados a um determinado número de crianças/jovens e famílias, cuja a atribuição é da responsabilidade da enfermeira chefe. Contactei com dois tipos de registos: as notas de evolução de enfermagem, onde cada enfermeiro regista o que para si é importante, e o SAPE, programa informático. Sem dúvida alguma que o SAPE é o método mais eficiente não só pela gestão de tempo, mas, também, pela qualidade de registos, uma vez que, a equipa multidisciplinar utiliza a linguagem CIPE, tornando o planeamento de cuidados mais eficaz, obtendo maiores ganhos em saúde.

Nos vários contextos, foi evidente o papel de extrema responsabilidade da enfermeira chefe, também EESIP, na área da gestão de cuidados, recursos humanos e



recursos materiais. Tive a oportunidade de estabelecer entrevistas, de uma forma informal, com a mesma para conseguir refletir no seu papel neste âmbito. O EE faz uma gestão de enfermeiros por turno, dependendo do número de doentes internados e da especificidade de cuidados prestados aos mesmos. Também faz a distribuição da criança/adolescentes e respetivas famílias pelos enfermeiros do turno respetivo. Deparei-me que o mesmo tem em atenção a continuidade de cuidados, ficando o enfermeiro, frequentemente, com aquelas crianças que prestou cuidados em turnos anteriores, sendo esta gestão uma mais valia para a qualidade de cuidados prestados. No entanto, o EE não dispensava o apoio dos restantes enfermeiros especialistas na gestão do serviço, uma vez que não se encontra diretamente ligada à prestação de cuidados. A gestão de recursos de materiais também é da responsabilidade do EE. Tive a oportunidade de contactar com dois sistemas diferentes. O “Kaisen” trata-se de um sistema que funciona a partir de níveis de reposição, ou seja, todos os materiais e fármacos têm um cartão com um código de barras correspondente; quando esse produto ou fármaco é retirado do stock para as salas de trabalho é colocado o respetivo cartão numa caixa própria para que a sua reposição seja feita. O outro sistema é através de um programa informático específico, onde o EE, através de um programa informático, requisita o material necessário, numa periodicidade de duas vezes por semana, devolvendo, também, o material com data de validade a caducar. Neste último pude constatar que ocorre desperdício de material, uma vez que não existe um número mínimo pré-estabelecido no stock, que frequentemente perde a validade. Desta forma, numa análise crítico-reflexiva é evidente que o “Kaisen” é o sistema mais eficaz, visto que, diminui as quantidades armazenadas e, conseqüentemente, a inutilização dos materiais por caducidade.

2.2. Domínio de Formação

A formação contínua em enfermagem é imprescindível quando se fala de qualidade dos cuidados em enfermagem. Ao refletir na qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, constato que é fundamental que exista uma formação pessoal contínua do enfermeiro especialista em SIP, visto que, este se confronta com desafios permanentes nos cuidados de saúde à criança/jovem e respetiva família. É da sua responsabilidade dar respostas adequadas às necessidades da criança/jovem e família, assim como deter conhecimentos para responder a situações imprevistas.

Segundo a autora Vieira *“O direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade leva o enfermeiro a comprometer-se com a actualização contínua dos seus conhecimentos.”* (Vieira, 2009, p.109).

Para além da sua formação pessoal, o EESIP, assim como qualquer enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, tem um papel ativo na formação a pares. Essa formação é essencial para uma contínua qualidade de cuidados de enfermagem prestados.

É imperativo que se procure permanentemente a excelência no exercício profissional de enfermagem. Para isso, segundo a ordem dos enfermeiros, *“é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional”*. (O.E., 2011, p.17).

COMPETÊNCIAS

- ✿ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✿ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✿ Colaborar na integração de novos profissionais;
- ✿ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações



complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

- ✿ **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Objetivos

- ✿ Refletir sobre o papel do EE na formação.

Atividades realizadas:

- ✿ Consultar os planos de formação a pares;
- ✿ Debater sobre o papel do EE na formação a pares com a orientadora;
- ✿ Assistir a sessões de formação;
- ✿ Incentivar os enfermeiros à formação profissional;
- ✿ Assistir e participar nas passagens de turno;
- ✿ Colaborar na integração de novos elementos no serviço.

Reflexão Crítica:

Com vista à excelência de cuidados prestados, o enfermeiro deve ter em conta que a teoria e prática são duas áreas inseparáveis. Sendo assim, a formação contínua deve acompanhar o enfermeiro ao longo do seu percurso profissional. A constante produção de novos conhecimentos e a evolução da sociedade e das tecnologias obriga o enfermeiro a atualizar, sistematicamente, o seu leque de conhecimentos.

Segundo a O.E. (2011), os enfermeiros e as instituições de saúde devem desenvolver a sua prestação de cuidados num pensamento crítico-reflexivo, como forma de acompanhar as mudanças nas dinâmicas familiares.



O EE apresenta conhecimentos específicos e é detentor de um pensamento crítico-reflexivo que favorece a mobilização de conhecimentos da teoria para a prática, enriquecendo, assim, a sua auto-formação.

Segundo a O.E. (2004), o enfermeiro é responsável pela sua formação contínua e pela aquisição de novas competências, de acordo com as suas necessidades formativas. Além disso, também é responsável por incentivar os restantes profissionais à formação permanente.

Durante o estágio, nos diferentes contextos, deparei-me que é uma preocupação dos enfermeiros atualizar os seus conhecimentos, através de formação a pares, como forma de colmatar as suas necessidades. Contudo, detetei duas realidades diferentes no que diz respeito à adesão dos enfermeiros à formação a pares. Apesar de possuírem planos de formação a pares, a taxa de adesão aos mesmos nos serviço da UCIN e Urgências Pediátricas era menor e no serviço de internamento essa taxa era mais elevada. Com o objetivo de incentivar os enfermeiros da UCIN à prática de formação a pares, de acordo com as necessidades formativas do serviço, desenvolvi uma formação a pares. No internamento essa realidade é diferente, sendo que, devido à existência de formações em serviço planeadas desde o início do ano, eu não identifiquei necessidades formativas em serviço. É com grande satisfação que cheguei a essa conclusão visto que, trata-se de uma equipa que procura satisfazer as suas necessidades com formação contínua. Neste mesmo contexto, tive a oportunidade de assistir à formação em serviço intitulada de “Boas práticas na avaliação da tensão arterial”. Deparei-me que, após a formação em serviço, existiu um tempo para a reflexão acerca das práticas até então realizadas, bem como o que teria de ser alterado no serviço para implementar a boa prática na avaliação de tensão arterial.

No contexto de internamento, no início de cada ano é nomeado um enfermeiro que fica responsável pela organização de formações em serviço (uma formação por mês). Este convoca uma reunião para toda a equipa de enfermagem e médica, onde são decididos os temas de formação a abordar ao longo do ano.



Ao longo do estágio, assisti e participei, de forma ativa, nas passagens de turno. Segundo Soares (2004), as passagens de turno além de contribuírem para a continuidade de cuidados ao doente, também são momentos cruciais para a formação dos enfermeiros, devido à partilha de conhecimentos e à reflexão crítica que gere em torno dos cuidados prestados.

COMPETÊNCIAS

- ✿ **Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;**
- ✿ **Promover a formação em serviço na área de EESIP;**
- ✿ **Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;**
- ✿ **Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral.**

Objetivos

- ✿ Desenvolver competências no âmbito da formação a pares.

Atividades realizadas:

- ✿ Debater com a enfermeira orientadora sobre a importância da formação a pares;
- ✿ Identificar necessidades formativas nos serviços;
- ✿ Realizar sessões de formação a pares;
- ✿ Comunicar, de forma clara e sem ambiguidades, de acordo com a capacidade de compreensão do público alvo.



Reflexão Crítica:

Após dialogar e refletir com a orientadora da UCIN sobre a importância da formação a pares para a prestação de cuidados com qualidade, e com o intuito de incentivar os enfermeiros a aderir a esta prática, de acordo com as necessidades formativas do serviço, desenvolvi uma formação a pares intitulada “Norma para o Transporte Inter-hospitalar” (ANEXO II). A enfermeira Chefe do serviço propôs-me que alargasse essa mesma formação aos enfermeiros do internamento da pediatria, uma vez que estes apresentavam, também, essa lacuna na sua formação.

Após uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão, procedi ao plano de sessão e à apresentação do mesmo. Nele estiveram presentes 21 enfermeiros e 4 alunos da licenciatura de enfermagem, uma adesão superior ao habitual do serviço. Foi com grande satisfação que, para além de ter conseguido incentivar os enfermeiros a aderir à formação, estes demonstraram interesse pelo tema, intervindo com reflexões durante a execução da mesma, realçando a importância deste em ambos os serviços. Esta norma ainda não foi aprovada pela Direção do CHEDV.

Durante o estágio, no contexto de Urgência Pediátrica, deparei-me com uma lacuna, dado não existir um guia de fármacos de urgência/emergência de consulta rápida, pelo que, numa tentativa de colmatar essa falha, elaborei um guia intitulado “Guia de Fármacos Urgentes/Emergentes” (ANEXO I). Este auxiliará, também, o processo de integração de novos elementos no serviço, cuja experiência, por vezes, culmina em si mesma alguns deficit, nomeadamente na ação de preparação e administração de fármacos urgentes/emergentes. Este guia ainda não foi aprovado pela direção do CHEDV.




2.3. Domínio da Investigação

A investigação científica reflete a profunda ânsia da busca do conhecimento e da verdade, rumo à excelência e ao aperfeiçoamento do desempenho do profissional de saúde, de forma especial do enfermeiro.

É um trabalho de carácter permanente visto que, novos estudos e descobertas vão contribuindo para o progresso e evolução positiva da prestação de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista possui uma responsabilidade acrescida neste âmbito, face às responsabilidades e funções que desempenha na sua carreira/vida de profissional devendo, desta forma, nutrir a busca constante do saber.

Segundo Vieira, *“Com base na investigação os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhores resultados para os clientes, quer pelas práticas de promoção de saúde quer pela proteção de grupos mais vulneráveis. E isto vai exigir aos enfermeiros, cada vez mais, uma atualização permanente, o que trará custos para as instituições, mas, sobretudo, exigirá um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional.”* (Vieira, 2009, p.125).

COMPETÊNCIAS	
	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;
	Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;

Objetivos:

- Reger a minha prática baseada na evidência científica.

Atividades realizadas:

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Refletir, de forma crítica, nos cuidados de enfermagem prestados com uma fundamentação teórica que os suporte, de acordo com a investigação;
- Incorporar, na prática, os conhecimentos teóricos pré-adquiridos nas aulas teóricas do Curso MEESIP e os obtidos ao longo da vida profissional, baseados na revisão bibliográfica sistemática para uma prática de excelência.

Reflexão crítica:

Segundo a O.E. (2009), a área da investigação é uma das competências do EE. Assim, ao longo do meu percurso de aluna, nos vários contextos de estágio, com o objetivo de prestar cuidados de excelência, a minha prática teve uma base científica, pois só assim é possível obter os resultados esperados com satisfação.

Através da pesquisa bibliográfica persistente, atualizei os meus conhecimentos de uma forma sistemática. Essa foi efetuada a partir de várias fontes e estudos como pesquisa em livros recentes, artigos científicos, normas formativas e em bases de dados, através do motor de busca B-on. Foi alvo do meu particular interesse áreas como: linguagem CIPE, utilizada no programa SAPE; parcerias de cuidados de Anne Casey; cuidados especializados a recém-nascidos de baixo peso; “Método Kanguru”; amamentação; estratégias não farmacológicas no controlo da dor; comunicação com a criança, de acordo com a sua idade; cuidados parentais à criança hospitalizada; fatores de stress na hospitalização da criança e respetiva família; estratégias para estimular o crescimento e o

desenvolvimento infantil; saúde oral infantil e o transporte inter-hospitalar de crianças. Esta pesquisa foi imprescindível para a realização das Ações de Educação para a Saúde, para realização da Sessão de Formação a Pares e para a minha auto-formação, conseguindo, desta forma, construir um pensamento crítico-reflexivo acerca das práticas por mim realizadas.

Ao longo do estágio estabeleci momentos de reflexão e partilha de conhecimentos com os enfermeiros, relacionados com a importância da prestação de cuidados baseada no conhecimento científico para atingir a excelência dos mesmos.

Durante este percurso não tive oportunidade de colaborar em estudos de investigação. No entanto, surgiram algumas questões merecedoras de serem respondidas. Na UCCM, especificamente no Curso de Parentalidade, apesar dos pais que o frequentam avaliarem-no como uma mais valia para a aquisição de competências no cuidado ao seu filho, é notória uma taxa de adesão em decréscimo ao longo curso. Desta forma, deixo, aqui, algumas perguntas passíveis de serem investigadas: Será que os temas abordados no curso de Parentalidade vão ao encontro das necessidades sentidas pelos pais? Será que a linguagem utilizada nas sessões é adequada a todas as classes sócio-culturais que frequentam o curso? Tive a oportunidade de partilhar com a enfermeira orientadora (responsável pelo curso) estas questões. Juntas chegámos à conclusão que estas questões, entre outras, têm de ser respondidas e clarificadas de forma satisfatória.

Outra questão que me despoletou interesse em responder, num futuro próximo, deve-se ao facto de me deparar, durante o estágio de urgências pediátricas, com pais que recorrem à urgência com os seus filhos, mesmo afirmando que estes não apresentam nenhuma situação de urgência. Desta forma, porque é que os pais recorrem à urgência pediátrica com os seus filhos, quando se justificava recorrer aos cuidados de saúde primários? Partilhei com a enfermeira orientadora estas inquietações e chegámos à conclusão que a resposta a esta inquietação seria uma mais valia para a não sub-carga do SU com falsas urgências, dando espaço àqueles episódios que se justificam.



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Penso ter adquirido as competências na área da investigação com algum sucesso, visto ter baseado a minha prática nas evidências científicas, através da pesquisa bibliográfica permanente e da partilha de conhecimentos com EE.



2.4. Domínio da Prestação de Cuidados

Segundo Viera (2009), o ser humano sempre foi o foco de atenção dos enfermeiros. Como tal, é espectável no enfermeiro disponibilidade de tempo e espaço para a pessoa em qualquer fase em que esta se encontre, de forma que ela se consiga exprimir segundo as suas necessidades (Frias, 2003). Os cuidados de enfermagem têm como objetivo principal apoiar a pessoa na adaptação ao processo de vida que esta se encontra, saúde e/ou doença. Esta deve ser cuidada enquanto ser bio-psico-social, com objetivo de *“ser-se fiel a princípios éticos, tudo no sentido de se garantir a identidade da pessoa, o seu respeito, como valor supremo que deve guiar a deontologia profissional”* (Carvalho, 1996, p.48).

A prestação de cuidados especializados e diferenciados é da responsabilidade do enfermeiro especialista em SIP. Este deve ter como objetivo principal a excelência de cuidados prestados à criança/adolescente e respetiva família, nunca dissociando este binómio, pois quando uma criança se encontra doente, a respetiva família também se encontra doente. Desta forma, também é da responsabilidade do enfermeiro especialista prestar cuidados à família. *“Um problema de saúde torna-se, tanto para a criança com para a família, numa ocasião em que eles necessitam ser considerados e cuidados na globalidade.”* (Jorge, 2004, p.72).

Segundo a ordem dos enfermeiros, o EESIP *“tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.”* (O.E. 2011, p.10).

Os cuidados de enfermagem devem promover a autonomia da criança/jovem e família. Desta forma, surge a negociação na parceria de cuidados com este binómio, sendo esta, supervisionada pelo EESIP. Segundo o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, citado por Lee, P. (2004), o enfermeiro deve partilhar conhecimentos, instruir e



treinar o binómio na aquisição de habilidades para que, estes sejam prestados com qualidade. Este modelo regu a minha prática ao longo deste estágio.

COMPETÊNCIAS

- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;**
- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;**
- **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;**
- **Abordar questões complexas, de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.**

Objetivos:

- Minimizar o impacto da hospitalização na criança e família;
- Promover a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança durante a hospitalização.

Atividades realizadas:

- Executar intervenções que maximizem os efeitos positivos da hospitalização para a criança/família;
- Incentivar a criança/família na execução dos cuidados;



- Incentivar a criança/família manter as suas rotinas.

Reflexão crítica:

É da responsabilidade dos enfermeiros, em especial do EESIP, promover a saúde e o desenvolvimento adequado da criança em qualquer fase da sua vida. Para isso, durante o percurso académico, nos vários contextos de estágio, senti necessidade de conhecer e compreender a criança, o mundo que a rodeia, e a sua maneira de se relacionar com os outros. Segundo Teixeira (2004) a capacidade que a criança tem para se adaptar a uma nova situação é influenciada pelo seu desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo, e a sua reação à sua nova fase de vida depende da capacidade de compreender a sua doença, da capacidade para utilizar processos de conforto adequados, assim como, o significados atribuídos pelos pais e outros adultos significativos. *“Assim torna-se importante não subvalorizar as significações da criança e pais no que diz respeito à adaptação à doença.”* (Teixeira, 2004, p.188).

Segundo Lima et al (2009) a hospitalização da criança pode ser uma experiência traumática, visto que, a criança é separada do seu ambiente familiar, da sua rotina e promove muitas vezes um confronto com a dor, surgindo sentimentos como o medo e culpa. Segundo Hockenberry (2011) os principais fatores causadores de stress para a criança/adolescente na hospitalização são: a separação, a perda de controle, a lesão corporal e a dor. A reação a esses fatores depende da sua faixa etária e do seu desenvolvimento cognitivo.

Para diminuir o impacto dos fatores que causam o stress na hospitalização, é necessária a preparação da mesma para o internamento, visto que, segundo Oliveira et al (2004), visto que o medo do desconhecido aumenta a fantasia. No entanto, muitas vezes não é possível fazer essa preparação, como por exemplo, no caso de internamento por doença súbita.



A hospitalização altera a estrutura do dia-a-dia da criança, o brincar, o correr o estudar, sendo assim, “*Estruturar o tempo é uma estratégia efetiva para normalizar o ambiente hospitalar e aumentar o sentido de controle da criança.*” (Oliveira et al 2004, p.3).

Ainda com base no Hockenberry (2011) ao longo do estágio, na minha prestação de cuidados, fiz o acolhimento da criança e família no serviço, esclareci rotinas e mostrei disponibilidade para ouvir as suas dúvidas e receios. Tive a preocupação de centrar os meus cuidados na família, ou seja, reconheci o papel essencial da família na participação dos cuidados à criança, minimizando, assim, a separação. Aconselhei a família a transportar para o hospital “um bocadinho do seu ambiente familiar”, como por exemplo, um objeto/brinquedo preferido, livros, mantas, almofada, fotografias. Trazer para hospital esses objetos pessoais pode facilitar a transição para este ambiente “estranho”.

Durante algumas intervenções, como no caso de punção de veia venosa a lactentes, onde a restrição física tem de estar presente, pedi a colaboração ao familiar para que este estivesse presente (de acordo com o seu desejo) e transmitisse carícias ao seu filho, mantendo, assim, contacto pai-filho, que segundo Hockenberry (2011), no caso de lactentes é a melhor forma de diminuir o stresse da restrição de movimentos. No caso de crianças maiores, consegui evitar restrições, explicando o procedimento e pedindo a sua colaboração.

Durante a prestação de cuidados aos RN`S promovi um ambiente com pouco ruído, música calma e de relaxamento (num volume muito baixo), monitorizei os alarmes com sons muito baixos e promovi um ambiente pouco iluminado durante o período de descanso, cobrindo as incubadoras com mantas. O ambiente tecnologico da UCIN é um ambiente stressante, repleto de ruídos e luzes fortes proporcionando ao contrário do que deveria, desconforto e dor. (Reichert, et al 2007)

Para manter as rotinas, no caso de lactentes, procurei adaptar as minhas intervenções à rotina do mesmo sempre que possível, como por exemplo, não interromper

os ciclos de sono senão fosse estritamente necessário. No caso de crianças na idade escolar e adolescentes, programei, com os mesmos, os horários das minhas intervenções, tendo em conta as suas rotinas pessoais, como por exemplo, estudar, fazer os trabalhos de casa, ver televisão, entre outras atividades, com objetivo de manter rotinas a que estão habituados, diminuindo, desta forma, o stresse de hospitalização.

Com o intuito de maximizar os efeitos benéficos da hospitalização na criança e família, no caso de crianças com doenças crónicas, fiz ensinios para a saúde referentes à doença. No caso de crianças submetidas a cirurgias, realizei ensinios para a saúde de cuidados a ter no pós-operatório. Segundo Teixeira (2004) os enfermeiros têm a função de transformar a condição da doença em momentos de aprendizagem.

Durante a minha prestação de cuidados à criança tive presente a importância do brincar, sendo este uma ponte de comunicação entre o enfermeiro e a criança. Segundo Batista *“As atividades lúdicas são importantes nesta comunicação como forma de enfrentar a situação de crise como é a hospitalização.”* (Batista, 2004, p.4).

Através da brincadeira consegui estabelecer uma relação de empatia com as crianças, sendo essencial para estabelecer uma relação de confiança com as mesmas. “[...] brincar funcionou como forma de distração e agente facilitador de comunicação, além de permitir uma melhor adesão aos tratamentos.” (Batista, 2004, p.12).

Ao longo do estágio deparei-me com lacunas que podem aumentar o stress da hospitalização. No contexto da UCIN, o facto dos RN’s não serem acompanhados pelos pais 24 horas, para além de poder causar desvinculação entre mãe-filho (alvo de uma reflexão mais aprofundada mais à frente neste relatório), é um fator de stress para os pais. Segundo Hazinski, referido por Hockenberry (2011, p.699), os horários das visitas dos pais devem ser livres e flexíveis, de acordo com as necessidades dos mesmos. No contexto da Urgência Pediátrica, não existem espaços diferenciados para os adolescentes, podendo ser um fator de stress para os mesmos. Segundo Hockenberry (2011), as necessidades dos adolescentes devem ser desenvolvidas em unidade especiais, localizadas fora da ala

pediátrica, com objetivos de lhes proporcionem privacidade e aumentar a socialização, uma vez que os adolescentes interpretam as crianças de faixas etárias menores como “*uma ameaça para a sua maturidade.*” (Hockenberry, 2011, p.690). Estas reflexões foram partilhadas com a EESIP, assumindo que as mesmas seriam alvo de mudança.

Objetivos:

- Desenvolver as competências do EESIP na prestação de cuidados diferenciados, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem;
- Desenvolver competências no processo de acolhimento e regresso a casa da criança/jovem e família.

Atividades realizadas:

- Participar nas passagens de turno, utilizando uma linguagem CIPE;
- Mobilizar os meus conhecimentos teóricos, obtidos neste curso de especialização, e complementar com pesquisa bibliográfica, com o objetivo de prestar cuidados diferenciados;
- Observar os cuidados prestados pela enfermeira orientadora à criança/jovem e respetiva família;
- Realizar admissão a crianças/jovens e respetivas famílias;
- Realizar a colheita de dados/avaliação inicial;
- Preparar o regresso a casa de crianças/jovens e repetivas famílias;
- Realizar consultas de Saúde Infanto-Juvenil;
- Realizar vacinação a crianças;
- Realizar diagnóstico precoce.

Reflexão crítica:

Para iniciar este momento de reflexão foi essencial, para mim, lembrar o significado de Cuidar. *“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades.”* (Jorge, 2004, p.91).

Segundo esta definição, é fácil entender o cuidar como atividade de enfermagem, sem nunca esquecer que o objetivo desta disciplina é capacitar a pessoa e os que a rodeiam das competências necessárias para ultrapassar esta fase da vida. (Collière, 1999, p.290).

Durante os vários contextos de estágio, tomei decisões e prestei cuidados à criança/jovem como ser bio-psico-social baseada nos princípios éticos, e na deontologia profissional.

Os enfermeiros que exercem a sua profissão em qualquer contexto pediátrico devem estar sensibilizados para a situação que o RN/ criança/jovem e família estão a passar, visto que, esta se apresenta como uma situação geradora de stress para a família e criança em questão. *“Os medos e a insegurança alastram na família, já de si fragilizada, bloqueando-lhe a racionalidade e a capacidade de reacção.”* (Xavier, 2006, p.38).

Regi a minha prática segundo a metodologia científica do processo de enfermagem. Este é constituído por cinco fases: a avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento de cuidados, implementação do planeamento e a avaliação dos resultados obtidos, efetuando os registos dos mesmos em suporte informático, o SAPE, ou em suporte papel. Segundo Ferreira (2005), todas as etapas do processo estão interligadas, onde o enfermeiro elabora um plano de cuidados numa perspetiva holística, focando a sua atenção nas respostas humanas, com o objetivo de satisfazer as necessidades da pessoa.

Ao longo desta reflexão, irei salientar os focos sensíveis a cuidados de enfermagem, ao longo dos vários contextos de estágio.



Durante o estágio no contexto do internamento da Pediatria, prestei cuidados de enfermagem a 86 crianças/jovens e respetivas famílias; realizei 12 acolhimentos ao serviço e preparei 7 regressos a casa. A faixa etária de crianças a quem prestei cuidados situa-se entre os 14 dias e os 15 anos.

Após observar e colaborar com a enfermeira orientadora no acolhimento de crianças/adolescentes e respetivas famílias no serviço tive a oportunidade de realizar o mesmo de forma autónoma. Este processo de admissão constou: apresentação do serviço, nomeadamente a sua estrutura física e dinâmica. Neste sentido, mantive uma postura empática, acolhedora e estabeleci uma relação de confiança que permitiu uma adaptação mais eficaz da criança/jovem e respetiva família ao serviço. *“O acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua”*. (Jorge, 2004, p.73). O acolhimento faz parte da primeira etapa do processo de enfermagem. Neste sentido, efetuei a colheita de dados junto da criança/jovem e família, visto que, esta é crucial para o sucesso das restantes etapas. Ferreira (2005), destaca como principais objetivos da colheita de dados: *“medir o grau de integridade e funcionamento da pessoa; identificar o género de ameaça que sofre a sua saúde; reconhecer os seus recursos pessoais; identificar a qualidade do ambiente humano e físico em que vive; identificar os recursos exteriores do utilizador dos cuidados de saúde necessários para o cuidar e para lhe proporcionar uma boa qualidade de vida”*. (Ferreira, 2005, p.73).

A segunda etapa do processo de enfermagem refere-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem e focos de vigilância. Neste contexto de estágio, identifiquei um vasto leque de diagnósticos de enfermagem: risco de queda, ingestão nutricional, conforto comprometido, oportunidade de papel parental especial, ligação mãe-filho comprometido, risco de vinculação comprometido, amamentação, dor e cuidados de higiene. Na identificação dos diagnósticos de enfermagem tive presente que os mesmos podem estar em mudança contínua, ou seja, estes podem deixar de ser a causa do problema e podem ou não surgir novos diagnósticos. Segundo Carpenito (1995), citado por Ferreira



(Ferreira, 2005, p.73), o *“diagnóstico de enfermagem é um enunciado que descreve a resposta humana de um indivíduo ou grupo aos problemas de saúde”*.

A terceira etapa do processo de enfermagem refere-se à elaboração do planeamento das intervenções de enfermagem em função dos diagnósticos identificados na etapa anterior. Este deverá conter, de forma clara e precisa, as intervenções de enfermagem, com o objetivo de atingir os resultados esperados (Ferreira, 2005). Na elaboração dos planos de cuidados, foi imprescindível a colaboração da criança/jovem e família com intuito de ter conhecimento das suas competências no cuidado. Para isso, foi fundamental refletir em três questões acerca das habilidades da criança/jovem e família: o que sabem fazer sozinhos; o que sabem fazer com ajuda e o que não sabem fazer, e porquê? Esta reflexão foi sempre em relação ao binómio criança/jovem e família, pois este não pode ser dissociado. *“A inclusão de todos os membros do sistema familiar é um aspeto chave para o sucesso nessas intervenções”* (Jorge, 2004, p.72).

A quarta etapa do processo de enfermagem refere-se à implementação do plano de cuidados de enfermagem. Como enfermeira e futura EESPI, encarei cada criança/jovem e família como únicas. Os cuidados foram planeados e implementados de uma forma individualizada, de acordo com as necessidades específicas dos mesmos. Prestei os cuidados de enfermagem baseada no Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Este implica o envolvimento dos pais/prestador de cuidados nos cuidados à criança/jovem através da negociação e apoio do enfermeiro. Ao longo dos vários contextos de estágio tive sempre presente o binómio criança/jovem e respetiva família. Só assim é possível prestar cuidados diferenciados. Durante a prestação de cuidados incentivei os pais/prestadores de cuidados a colaborar comigo na execução dos mesmos. Desta forma, pude avaliar as habilidades dos mesmos, de forma a instruí-los e treiná-los para que, estes, adquirissem as competências necessárias. Não posso deixar de referir que tive sempre em consideração o desejo dos pais/prestadores de cuidados em participar ou não nos cuidados. Realizei ensinamentos à criança/jovem e família sobre: cuidados de higiene, amamentação, alimentação, exercício físico, estratégias para adormecer uma criança, avaliação correta da temperatura



e sinais de alarme direcionados para a sua situação clínica. A relação de ajuda é uma atitude que o EESIP deve ter sempre, pelo que, apoiei os pais nas suas dificuldades, mantendo um papel de escuta ativa e demonstrando tempo e disponibilidade para responder às suas necessidades. Desta forma, consegui estabelecer uma relação de ajuda. Segundo o Hockenberry (2011), é necessário que as enfermeiras reconheçam a experiência dos pais em relação à nova condição do filho, para que a relação de ajuda ocorra com sucesso. *“A relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem e a personalização dos mesmos, sendo vista sobre uma perspectiva holística e humanística.”* (Parracho, 2005, p.66).

A quinta e última etapa do processo destina-se à avaliação dos resultados, ou seja, se os resultados esperados foram ou não os obtidos. No entanto, esta encontra-se presente nas etapas anteriores, uma vez que realiza-se *“em função das respostas humanas ao problema de saúde das acções planificadas e executadas”* (Ferreira, 2005, p.74). Nesta etapa avaliei se as crianças/jovens e os pais/prestador de cuidados adquiriram as competências necessárias, com vista à autonomia e segurança dos cuidados. Esta avaliação é essencial para a preparação da criança/jovem e família no regresso a casa. Neste sentido, iniciei o processo de preparação no regresso a casa, o mais precoce possível, pois este deve ser iniciado no momento de admissão ao serviço, estando sempre presente na execução de todo o processo de enfermagem.

Neste contexto de estágio, também registei os processos de enfermagem no SAPE, programa informático que permite uma continuidade de cuidados após alta, uma vez que, as UCC e as USF, pertencentes à aquela área geográfica, têm acesso informático aos mesmos. Para as crianças/jovens e famílias pertencentes a outra área geográfica, elaborei uma carta de alta de enfermagem, que suportava toda a informação de cuidados de enfermagem prestados àquela criança/jovem e família. É deveras importante o encaminhamento de todas as crianças/jovens e famílias para os cuidados de saúde primários, para que, realmente, seja dada continuidade de cuidados de uma forma eficiente.

Não posso deixar de salientar a satisfação que foi estagiar num contexto de pediatria internamento que, apesar de não ser completamente novo para mim, tem dois aspetos que considero muito importantes para a prestação de cuidados qualificados. O primeiro consiste em cerca de 80% dos enfermeiros serem EESIP, isto é, têm formação qualificada para prestar cuidados diferenciados. Outro grande aspeto, não menos importante do que o primeiro, é o registo informático utilizado, o SAPE, o qual eu tive oportunidade de utilizar, registando todo o processo de enfermagem e clínico, desde a admissão até à alta da criança/jovem e família. Esta forma de registo, até então nova para mim, foi confusa na adaptação. No entanto, ao longo do estágio ultrapassei, com sucesso, as minhas dificuldades. Os registos de enfermagem são muito importantes, pois visam a continuidade de cuidados, permitindo, assim, ganhos na saúde e, porque em parâmetros legais, atestam os cuidados prestados pelos enfermeiros.

No contexto de estágio da UCIN, assisti 2 RN's de baixo risco, 7 RN's de risco intermédio e 1 RN de alto risco, preparei 1 regresso a casa de RN e sua família e realizei 1 acolhimento ao serviço do RN.

A UCIN é um serviço muito peculiar. Durante a gestação os pais sonham com um RN perfeito, bonito e saudável, não se encontrando preparados para o nascimento de um filho prematuro. Segundo Alves et al (2006) o internamento da criança na UCIN pode despoletar sentimentos ansiedade, culpa, medo depressão e raiva. É nesta fase crítica que a intervenção dos enfermeiros no apoio aos pais é crucial para uma correta transição nesta nova etapa da vida.

Na UCIN os cuidados prestados são muito específicos. As técnicas e os equipamentos utilizados na neonatologia são deveras sofisticados e imprescindíveis para garantir a vida de recém-nascidos, no entanto, segundo Neto et al (2010, p.373) “ *A tecnologia, como fundamento do cuidado neonatal, requer um repensar de todas as formas de relacionamento entre bebés, profissionais e família, na adequação da sua utilização a diversos saberes, oferecendo cuidado individualizado, seguro, ético e humano*”. Por isso, numa primeira fase foi necessário observar e refletir na prestação de cuidados da EESIP.

Prestei cuidados de enfermagem segundo a metodologia científica do processo de enfermagem.

Realizei o acolhimento ao serviço do RN, sendo que, este processo difere bastante do serviço de internamento. Este teve início na sala de partos, uma vez que a transferência do RN para a UCIN é realizada pelo Pediatra e o enfermeiro da UCIN, na incubadora de transporte. Na sala de partos é o enfermeiro da UCIN que colabora com o enfermeiro especialista em SMO e com o pediatra na estabilização do RN, para que a transferência seja executada em segurança. Na admissão do RN à unidade, colaborei com a EESIP em todos os cuidados prestados: transferei o RN da incubadora de transporte para uma incubadora previamente aquecida e realizei todas as técnicas de enfermagem necessárias à estabilização do RN (avaliei os sinais vitais, puncionei veia periférica, colhi sangue para análise, administrei a medicação prescrita). Durante a primeira etapa do processo de enfermagem não foi possível proceder à colheita de dados, uma vez que os pais não se encontravam presentes no momento da admissão do RN, sendo realizada posteriormente.

No processo de acolhimento dos pais na UCIN, para além de realizar a integração dos mesmos no serviço, através da apresentação do espaço físico, rotinas e regras do mesmo, também procedi à colheita de dados (ANEXO III). Em colaboração com a minha orientadora, expliquei aos pais a aparência do RN, todo o equipamento envolvido no cuidado ao RN, assim como todo o ambiente da unidade (monitores, ventiladores, incubadoras), mostrando disponibilidade para responder a dúvidas que pudessem surgir. Esta intervenção teve como principal objetivo a diminuição do stress dos pais. *“É necessário que as mães sejam auxiliadas pela equipe de saúde para que vivenciem a primeira visita ao bebê internado na UTIN de forma menos traumática, tendo seus medos e temores diminuídos e suas dúvidas esclarecidas, favorecendo a consolidação de sua parentalidade”* (Perlin et al, 2011, p.459) Durante este processo, ainda expliquei aos pais a importância das suas visitas para o seu filho. As visitas dos pais ao recém-nascido são cruciais não só para promover a vinculação entre pais e filho, assim como, ótimos momentos para a prestar informações sobre o recém-nascido mas principalmente para os

enfermeiros demonstrarem interesse pela participação destes nos cuidados ao seu filho.(Reichert, et al 2007)

Na segunda etapa do processo de enfermagem, no contexto de estágio, identifiquei os seguintes focos de enfermagem: dor, vinculação, ligação mãe-filho; papel parental; desenvolvimento infantil; infecção e conforto. Já na fase seguinte, planeiei as intervenções de enfermagem e envolvi os pais, encorajando os mesmos a estarem presentes nos cuidados ao RN, como por exemplo, no horário da alimentação. Na quarta fase do processo executei as intervenções de enfermagem, onde encorajei os pais a colaborar na prestação de cuidados, sempre que estes demonstraram vontade. Segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, encarei os pais como parceiros nos cuidados ao recém-nascido e não como meros visitantes, identifiquei as suas habilidades e instruí-os (trocar fraldas, alimentar por sonda, higiene corporal, massagem),intervi sempre que estes não apresentavam as competências necessárias e executei as intervenções específicas de enfermagem. *“No modelo de parceria, o enfermeiro deveria prestar apenas cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, quando tal se justifique, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas do bebé”*. (Ferreira, 2004, p.55) O envolvimento dos pais na prestação de cuidados, para além de ser extremamente importante para criar o vínculo de ligação do RN com os pais, permite que estes prestem cuidados seguros e com menos ansiedade, diminuindo, assim, o stress que surge no dia da alta. Desta forma, preparei os pais para a alta hospitalar o mais precoce possível. Segundo Ferreira (2004, p. 57) *“A preparação para a alta inicia-se no momento da admissão do bebé na unidade e está subjacente à utilização deste modelo, na medida em que ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, estamos a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa. Estes requisitos são essenciais e imprescindíveis, para garantir a continuidade domiciliária de cuidados eficazes, o que em simultâneo com uma relação criança/família*

em desenvolvimento, serão contributos para elevar a qualidade de vida do bebé pré-termo”.

Ainda na quarta fase do processo de enfermagem, avaliei os resultados obtidos e efetuei os registos de enfermagem em formato de papel. Estes são compostos por três folhas: uma referente à colheita de dados, outra referente aos ensinamentos prestados aos pais (ANEXO IV) e outra onde são registados todos os cuidados prestados ao RN (ANEXO V). Segundo Ferreira (2004, p. 57), *“Os registos fazem parte integrante do processo. A decisão de que é importante registar cabe à enfermeira, mas estes não são uma exclusividade sua, tanto ela como os pais podem elaborá-los. Estes devem permitir uma avaliação da evolução do estado de saúde do bebé, em resposta aos cuidados prestados”.*

No contexto de estágio na UCIN tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a um recém-nascido de vinte e cinco semanas de gestação e respetivos pais. Na prestação de cuidados ao recém-nascido de alto risco, cobri os olhos do mesmo sempre que foi necessário utilizar a luz direta - *“Os olhos dos recém-nascidos devem ser protegidos de qualquer procedimento envolvendo luzes fortes, prevenindo assim qualquer dano.”* (Hockenberry, 2011, p.269). No início da prestação de cuidados, chamei o RN pelo nome e coloquei a mão sobre o mesmo, promovendo a manipulação mínima. Segundo Hockenberry (2011, p.269), esta forma de intervenção *“sinaliza o início da intervenção e suaviza a interrupção abrupta do descanso”.* Ainda incentivei os pais a prestar cuidados ao seu filho, considerando-os parceiros nos cuidados ao mesmo, promovendo a vinculação, esta é fundamental para a recuperação de saúde do prematuro (Reichert, et al, 2007)

No contexto do serviço de urgência pediátrica prestei cuidados a cinquenta e oito RN/crianças/jovens e respetiva família, na realização de triagens, na sala de tratamentos e no OBS.

Neste contexto de estágio, na triagem identifiquei como focos de enfermagem: febre, diarreia e vómitos, através da observação e avaliação generalizada do recém-



nascido/criança/adolescente e da colheita de dados estabelecida com o familiar e com a própria criança/adolescente, iniciando, assim, o acolhimento. Trieri o RN/criança/jovem segundo a gravidade da situação em que se encontravam, de forma rápida e eficiente. Os casos mais graves para o obs pediatria, e os menos graves para os gabinetes urgentes, segundo as normas praticadas no serviço. *“A triagem deve ser efectuada por enfermeiros qualificados, utilizando protocolos padronizados e aprovados, a avaliação ter curta duração, a suficiente para separar com segurança as situações graves das menos graves, e ser feita de forma a garantir total privacidade e confidencialidade.”* (Xavier, 2006, p.38).

No OBS e na sala de tratamento prestei cuidados de enfermagem e realizei ensinamentos para a saúde. Após a elaboração de um plano de cuidados, de acordo com os diagnósticos identificados, incentivei, sempre que possível, a presença e participação do familiar. *“A atitude dos profissionais deve ser no sentido de os apoiar, encorajando-os e fornecendo-lhes os conhecimentos necessários para que sejam de facto os primeiros prestadores de cuidados aos seus filhos, também na saúde.”* (DGS, 2004, p.6).

Neste contexto de estágio regi a minha prática segundo as orientações da DGS, explícitas no volume I- Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. De acordo com o foco de enfermagem identificado, com a idade de desenvolvimento da criança e respetivas necessidades e com o contexto familiar que a envolvia, realizei ensinamentos de enfermagem, nomeadamente, sobre a alimentação, atitudes para prevenir a desidratação, maneira mais correta para avaliação de temperatura, correta utilização de antipiréticos, amamentação, sinais de alarme para recorrer novamente à urgência. Ainda disponibilizei tempo para o esclarecimento de dúvidas.

No contexto de estágio da UCC, direccionado para a Saúde Infantil e Juvenil, realizei 24 consultas de SIP, 1 teste de diagnóstico precoce e vacinei 12 crianças.

É na CSI que o enfermeiro melhor conhece a criança. O enfermeiro especialista em SIP tem competências necessárias para observar e avaliar a criança, de forma diferenciada, desde o momento em que entra no gabinete até à sua saída, bem como durante a conversa



com os pais/cuidadores. A criança está em constante desenvolvimento a nível motor, cognitivo, emocional e social. Por isso, é essencial uma avaliação adequada das crianças para detetar o mais precocemente qualquer situação que prejudique o seu normal desenvolvimento. (Cf. Verhaeghe, A. et al 2012).

As CSI visam a obtenção contínua de ganhos em saúde desta população. *“No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população.”* (Verhaeghe, et al, 2012, p.7).

Segundo Hockenberry (2011), a promoção de saúde infantil permite que todas as crianças tenham um desenvolvimento eficaz, independentemente dos recursos dos seus cuidadores.

Nestas consultas tive a oportunidade de: avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e registar os mesmos no boletim de saúde infantil e juvenil; estimular comportamentos promotores de saúde (nutrição adequada às diferentes faixas etárias; o brincar para o desenvolvimento e crescimento da criança; adoção de medidas seguras para evitar acidentes); promover a saúde oral; promover a imunização contra doenças (através da vacinação); promover o aleitamento materno; promover a prevenção de acidentes e intoxicações. Para além de observar e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, observei os pais e dei ênfase às suas opiniões, visto que, é com estes que a criança passa grande parte do tempo - *“Há que valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores”*. (Verhaeghe, et al 2012, p.54). Tais informações não devem ser desvalorizadas e, por isso, é muito importante que durante a consulta seja dado tempo suficiente aos pais/cuidadores para exporem as suas dúvidas/inquietações relativamente à criança. Por isso, durante as CSI demonstrei tempo e disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios que pudessem surgir. (Cf. Verhaeghe, et al, 2012)



Durante a CSI realizei a avaliação das medidas antropométricas das crianças e avalei as mesmas ao nível do desenvolvimento e comportamento pela “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”, explicando aos pais/cuidadores o que estava a avaliar e qual a sua importância. *“Os testes podem, assim, servir como “padrão de referência da normalidade”, contribuir para focar a atenção nesta área da saúde infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos.”* (Verhaeghe, et al 2012, p.53). Posteriormente, efetuei registos no BSIJ e no sistema SAPE.

No que diz respeito à vacinação, alertei os pais/cuidadores para: a importância do cumprimento rigoroso do PNV, explicando que a criança ficaria imune para imensas doenças; as reações que poderiam surgir após a vacinação e o que fazer se o mesmo se sucedesse; a importância de utilizar medidas para diminuir a dor durante a administração da vacina, como a sucção não nutritiva e as medidas de contenção. As estratégias não farmacológicas no controlo da dor serão alvo de reflexão mais à frente neste relatório.

Ainda neste âmbito, tive a oportunidade de realizar um teste diagnóstico precoce a um recém-nascido, no domicílio, explicando aos pais a importância da sua realização.

As consultas de SIP são realizadas segundo as idades promotoras de desenvolvimento psicomotor onde, durante as mesmas, são realizadas as vacinas do PNS e as extra-plano. Também, aqui, é efetuada a ação de educação para a saúde referente à criança, tendo até aos dois anos a atenção à sua idade gestacional. Estas consultas são deveras importantes para detetar qualquer comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança e, daí, serem referenciadas para as entidades correspondentes (Pediatra, hospital, NACJR).

No quadro seguinte, apresento as consultas de SIP que efetuei e as respetivas intervenções de enfermagem. É de salientar que durante as consultas tive sempre uma postura não só de realizar ensinamentos, mas, também, de ouvir atentamente as dúvidas e receios dos pais/cuidadores, adaptando a mesma às necessidades de cada criança/cuidador.



CONSULTAS REALIZADAS	INTERVENÇÕES EFETUADAS
<p>Criança de 1 semana (1) (no domicílio)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Verificação das regras de segurança no quarto do recém-nascido: a cama cumpre as regras de segurança; não existem fitas, laços ou almofadas dentro da cama, devido ao perigo de asfixia; a existência da cadeirinha própria para transporte do RN;• Verificação do local das primeiras vacinas;• Realização do teste de diagnóstico precoce;• Educação para a saúde sobre as primeiras vacinas; a amamentação; o alívio de cólicas; os padrões de sono e repouso; o SMSL; a prevenção de acidentes e transporte rodoviário.
<p>Criança de 2 meses (4)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Monitorização do peso, perímetro cefálico e comprimento e feito o respetivo registo no BSIIJ;• Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”;• Administração das respetivas vacinas do PNV (VHB II, HiB I, DTP I, VIP I) e extra-plano (Prevenar I e Rotateq I);• Educação para a saúde sobre possíveis reações às vacinas; a amamentação e leite



Criança de 2 meses (4)
(continuação)

adaptado (uma das crianças era alimentada com leite adaptado, por opção da mãe, neste caso em concreto fiz ensino sobre a preparação de leite adaptado); sobre o alívio de cólicas e padrões de sono e repouso; o SMSL e a prevenção de acidentes e transporte rodoviário.

Criança de 4 meses (2)

- Monitorização do peso, perímetro cefálico e comprimento e feito o respetivo registo no BSII;
- Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”;
- Administração das respetivas vacinas do PNV (HiB II, DTP II, VIP II) e extra-plano (Prevenar II e Rotateq II);
- Educação para a saúde sobre as possíveis reações às vacinas; adaptação ao infantário/ama; os padrões de sono e repouso; prevenção de acidentes e transporte rodoviário; e atividades promotoras do desenvolvimento da criança.

Criança de 6 meses (3)

- Monitorização do peso, perímetro cefálico e comprimento e feito respetivo registo no BSII;
- Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do



Criança de 6 meses (3)
(continuação)

Desenvolvimento de Mary Sheridan”;

- Administração das respetivas vacinas do PNV (VHB III, HiB III, DTP III, VIP III) e extra-plano (Prevenar III);
- Educação para a saúde sobre as possíveis reações às vacinas; a introdução de novos alimentos e respetivo intervalo entre a introdução de cada alimento novo e a importância de utilizar a colher; sobre padrões de sono e repouso; a prevenção de acidentes e transporte rodoviário; atividades promotoras do desenvolvimento e sua importância nomeadamente a escolha dos brinquedos, tendo em consideração o tamanho e o perigo de serem engolidos.

Criança de 9 meses (4)

- Monitorização do peso, perímetro cefálico e comprimento e feito o respetivo registo no BSII;
- Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”;
- Educação para a saúde sobre acidentes e segurança - a criança vai deslocar-se podendo ser através do gatinhar; importância de ver os perigos dentro de casa ao nível do bebé; a alimentação; a importância da escovagem de dentes; desenvolvimento da linguagem e como



	<p>proceder à sua estimulação; reações a estranhos (é uma reação normal, o que fazer se acontecer).</p>
Criança de 18 meses (2)	<ul style="list-style-type: none">• Monitorização do peso, perímetro cefálico e comprimento e feito o respetivo registo no BSIIJ;• Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”;• Administração das respetivas vacinas do PNV (HiB IV, DTP IV) e extra-plano (Prevenar IV);• Educação para a saúde sobre possíveis reações às vacinas; idade das birras - como lidar com esta fase; importância de estabelecer horários para a criança se deitar; importância do brincar; importância da escovagem dos dentes; prevenção de acidentes em casa (produtos tóxicos fora do alcance da criança) e acidentes rodoviários; regime alimentar da família (que a alimentação esteja bem confeccionada, com pouco sal e poucas gorduras); a perda de apetite que é normal no 2º ano de vida devido ao crescimento ser mais lento; estabelecer regras sociais.
Criança de 5 anos (1)	<ul style="list-style-type: none">• Monitorização do peso e comprimento e feito respetivo registo no BSIIJ;



**Criança de 5 anos (1)
(continuação)**

- Avaliação do desenvolvimento segundo a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan”;
- Administração das respetivas vacinas do PNV (DTP V, VIP IV);
- Educação para a saúde sobre possíveis reações às vacinas; alimentação adequada; hábitos de sono e preparação para a escola; acidentes e segurança; importância de hábitos de leitura; importância da escovagem dos dentes e da ida ao dentista; importância do exercício físico; acidentes rodoviários - tocar a cadeira por banco elevatório.

Durante a participação no “Projeto Sorrisos”, no âmbito da Saúde escolar, realizei um plano da sessão da educação para a saúde oral (ANEXO VI). Este teve a duração de três manhãs, uma manhã por semana. Na primeira semana realizei a avaliação inicial da saúde oral a crianças de 5 anos da Escola básica de Matosinhos (jardim-de-infância), através do rastreio dentário, que consistiu em avaliar o índice de DPCO – contagem de dentes definitivos, perfurados, cariados e obturados). Na segunda semana realizei a educação para a saúde, através de um teatro de fantoches sobre a saúde oral, tive a preocupação de que fosse uma sessão que activasse a atenção do público alvo, com intuito da aquisição de comportamentos adequados no âmbito da saúde oral (ANEXO VII) e, no final da mesma, reservei um período dedicado à interação com as crianças no que diz respeito aos alimentos cariogénicos e cariostáticos. Distribuí desenhos para colorir com o objetivo de consolidar os conhecimentos (ANEXO VIII), explicando a todas as crianças, que na semana seguinte iríamos treinar a escovagem dos dentes. Entreguei um documento



informativo, direcionado aos encarregados de educação, para que as crianças se fizessem acompanhar com a escova e pasta de dentes (ANEXO IX). Na última semana, realizei o treino de escovagem individual e preenchi uma check-list de verificação, composta por sete itens de avaliação, fornecida pela UCC (ANEXO X).

No planeamento da sessão de educação para a saúde oral, visto ter como população alvo crianças de 5 anos, tive a preocupação de que fosse uma sessão que cativasse a atenção das mesmas. Daí a escolha de um teatro de fantoches, onde, segundo Maria da Conceição Ramos e Íris Weiduschat (2002), as atividades lúdicas e os jogos, onde se insere o teatro de fantoches, permitem que as crianças construam opiniões, estabeleçam relações lógicas, integrem perceções e sociabilizem com outras crianças. No final da sessão foram distribuídas medalhas do “Super Dente” (ANEXO XI) a todas as crianças. Consegui captar a atenção da maioria das crianças com algum sucesso, tendo obtido resultados satisfatórios: cerca de 80% das crianças cumpriam os itens avaliados na check-list (ANEXO X). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria a cárie dentária é uma doença que pode ser evitada. Por este motivo, os enfermeiros têm um papel ativo na promoção da saúde oral, instruindo crianças para as boas práticas de higiene oral.

Foi alvo da minha preocupação, incentivar as educadoras de infância a colaborar na ação de educação para a saúde oral. Neste sentido, a avaliação dos desenhos foi executada pelas mesmas. *“O trabalho em equipa necessita de ser incrementado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, atividades de tempos livres (ATL), coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades.”* (Verhaeghe, et al 2012, p.6).



COMPETÊNCIAS

- **Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**
- **Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica.**

Objetivo:

- Refletir no papel do EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família.

Atividades realizadas:

- Observar e refletir, de forma crítica, no papel do EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família nos vários contextos de intervenção;
- Proporcionar momentos de partilha de conhecimentos e de reflexão crítica sobre o papel do EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família nos vários contextos de intervenção.

Reflexão crítica:

Ao longo do estágio, nos vários contextos, deparei-me com a importância do EESIP na prestação de cuidados diferenciados, que em muito diferem dos cuidados de enfermagem dos enfermeiros generalistas. O EESIP é portador de um vasto leque de competências que lhe permite prestar cuidados de enfermagem diferenciados, primando pela não dissociação do binómio criança/jovem e família. O EESIP assume o papel de enfermeiro responsável nos serviços, liderando e supervisionando os cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem. Nos vários contextos que estagiei, os enfermeiros prestam os seus cuidados a criança/jovens e famílias, de acordo com um plano pré-estabelecido pelo EESIP.

Durante a participação no “Projeto Sorrisos”, estando este inserido no âmbito da saúde escolar, na minha perspetiva, era uma mais valia incorporar um enfermeiro especialista em SIP na equipa de saúde escolar, pois este teria as competências necessárias para intervir, no que diz respeito a crianças e jovens e respetivas famílias.

No contexto de estágio da UCIN, pude verificar a importância do papel do EESP na prestação de cuidados ao recém-nascido, desde a sua transferência da sala de partos à UCIN. Na sala de partos, o RN é recebido sempre por um enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia. No entanto, no caso de se justificar cuidados neonatais intensivos, a decisão é do pediatra que acompanha os cuidados ao recém-nascido. Este comunica com a enfermeira da UCIN a necessidade de uma incubadora de transporte, o tipo de ventilação pretendida e o apoio de enfermagem. A transferência é efetuada pelo pediatra e pela enfermeira da UCIN (nem sempre especialista em SIP) da sala de partos até ao serviço da neonatologia.

No contexto de estágio da UCIN e Urgência Pediátrica deparei-me com um baixo número de EESIP. Estes, são três na urgência pediátrica e quatro na UCIN, o que implica que há turnos onde não está presente um EESIP, sendo este aspeto, alvo da minha preocupação e reflexão com as enfermeiras orientadoras.

Durante o estágio, no contexto de internamento da pediatria, tive a oportunidade de observar o papel do EESIP e participar na consulta externa de pediatria, direcionada para a especialidade de endocrinologia e para as vacinas de synagis, vacinas contra o vírus sincicial respiratório. Esta experiência revelou-se muito positiva para o meu crescimento profissional, pois pude constatar a importância dessas consultas serem realizadas por um EESIP, visto requererem cuidados específicos para o correto desenvolvimento e crescimento das crianças/jovens.

A consulta de vacinação da synagis destina-se apenas a lactentes ex pré-termo. Esta atua contra o VSR (vírus sincicial respiratório). Nesta consulta, para além dos lactentes serem vacinados, são realizados ensinamentos para a saúde, direcionados para a



prevenção primária, como lavar as mãos com frequência, evitar locais concentrados de pessoas, não reutilizar lenços de papel, evitar fumo/tabaco, desinfetar brinquedos se forem partilhados. Esta consulta também é um momento aproveitado pelos pais, para esclarecer dúvidas nos cuidados aos seus filhos.

A consulta de enfermagem de endocrinologia tem duração de 20 minutos. Aí, tive a oportunidade de realizar ensinamentos para a saúde das crianças/jovens portadores de diabetes mellitus (alimentação, local das pesquisas de glicemia e locais de administração de insulina), ensinamentos de extrema importância para o controlo da diabetes. Nesta consulta, o enfermeiro tem de deter de um vasto leque de conhecimentos para esclarecer todas as dúvidas da criança/jovem e respetivo familiar.

COMPETÊNCIAS

- **Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;**
- **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.**

Objetivos:

- Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na criança/jovem hospitalizada.

Atividades realizadas:

- Avaliar a criança/jovem na aplicação das escalas da dor, implementadas nos vários contextos de estágio;

- Aplicar estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem.

Reflexão crítica:

Segundo O.E. (2011, p.7), *“A dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível, dando-lhe por esse motivo, uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos”*.

Ao longo do estágio tive necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre a dor em crianças, estudando as escalas da dor implementadas nos vários contextos de estágio, a EDIN e a EVA. A dor é o 5º sinal vital, instituída através da circular normativa nº9 de 14/06/2003 da DGS.

Segundo Batalha (2010), avaliar a dor significa entender quais os estímulos que a despoletam, os fatores que a agravam, os efeitos desta na vida da criança/família, as respostas manifestadas, a sua localização e duração e qual a intensidade. Medir a dor diz respeito à quantificação da mesma, através da aplicação de escalas da dor.

Segundo o Linhares (2010, p.307) *“A dor é uma experiência subjetiva, mas pode ser mensurada por meio de auto/heterorrelato e sinais objetivos de alteração fisiológica e comportamental. Evidências científicas revelam a existência de instrumentos validados para avaliação da dor em crianças, em diferentes etapas do desenvolvimento e contextos clínicos. A avaliação sistemática da dor é fundamental para subsidiar o adequado manejo farmacológico e não farmacológico”*.

A dor pode ser medida através do comportamento, das respostas fisiológicas e através do auto-relato. Este tipo de avaliação é eficaz na avaliação da dor nos lactentes, em crianças que ainda não desenvolveram a linguagem e em crianças incapazes de comunicar



e que têm dor. Esta avaliação depende da observação do enfermeiro e dos comportamentos das crianças, ou seja, as respostas fisiológicas são outro tipo de manifestar a dor, as alterações da frequência cardíaca, da tensão arterial, a presença de sudorese. As medidas de auto-relato são outras medidas para avaliar a dor na criança. No entanto, as crianças de 4 e 5 anos detêm pensamento egocêntrico, concreto e dominado pela perceção, ou seja, a eficácia da sua utilização pode ser influenciada pelo estado cognitivo da criança, apesar de esta conseguir relatar a sua dor.

Por isso, durante a avaliação da dor estive, com particular atenção, às manifestações de comportamento, fisiológicas e ao auto-relato da criança/jovem. Na avaliação da dor procedi à colheita de dados pertinentes com os pais, no que diz respeito a conhecer sinais habituais da criança/jovem, quando esta tem dor (que palavras o seu filho usa quando tem dor; descrever as experiências anteriores de dor do seu filho; o seu filho diz-lhe alguma coisa a si ou aos outros quando tem dor; como é que sabe que o seu filho está com dor; como é que o seu filho reage quando tem dor; o que faz quando o seu filho está com dor; o que faz o seu filho a ele mesmo para passar a dor; o que alivia a dor do seu filho). Após esta colheita de dados, avaliei a dor da criança utilizando uma escala, de acordo com a capacidade cognitiva e de linguagem da criança/jovem, para proceder à sua avaliação. No controlo da dor utilizei estratégias não farmacológicas, e quando estas não foram suficientes complementei-as com fármacos, previamente prescritos. Por fim fiz a avaliação dos resultados e efetuei os respetivos registos.

Utilizei estratégias não farmacológicas no controlo da dor de acordo com a faixa etária e o desenvolvimento da criança/jovem e o score da dor. Utilizei o embalo e carícias, no caso de recém-nascidos. Nos lactentes e na idade pré-escolar, pedi à mãe/pai para embalar a criança (estratégia de relaxamento), contei histórias e utilizei o brinquedo das mesmas (estratégias de distração). Em crianças na idade escolar utilizei a técnica de respiração lenta e profunda (estratégias de relaxamento) e incentivei-as a pensar num momento prazeroso (estratégias de distração). No caso de adolescentes, incentivei-os à leitura, a ouvir música, a ver televisão (estratégias de distração). Pude verificar que muitas



das estratégias não farmacológicas que utilizei tiveram resultados positivos, sendo, em alguns casos, suficientes no controlo da dor, em outros, tive que complementar com estratégias farmacológicas, prescritas pelo médico.

Segundo a O.E. (2013, p.9), é da competência do EESIP *“a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”*.

Enquanto futura EESIP, procurei aprofundar os meus conhecimentos sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, implementando as mesmas sempre que possível. Segundo a Ordem dos enfermeiros (2013, p.3), *“as medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento de analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família.”*

Segundo Batalha (2005, p.201), *“os recém-nascidos (RN), mesmo que prematuros percebem a dor como mais intensidade que os adultos”*. Segundo este autor, os obstáculos no tratamento da dor nos RN'S deve-se ao facto de esta ser medida com alguma dificuldade nesta faixa etária. Nos cuidados prestados a RN utilizei a escala EDIN na medição da dor, visto ser uma escala comportamental sendo, por isso, fácil a sua utilização. Na avaliação da dor a RN'S tive a oportunidade de observar comportamentos, como o aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e tensão arterial, extensão de braços e pernas.(Silva, 2010). Utilizei medidas não farmacológicas que resultaram com sucesso entre as quais, administração de glicose oral, esta ativa as papilas gustativas levando á libertação de opioides endógenos provocando efeito calmante e de alívio da dor em procedimentos invasivos em recém-nascidos prematuros (Medeiros et al. 2006) e a contenção manual promove a auto-organização e simula o ambiente intrauterino, transmitindo uma sensação de segurança., o conforto vai diminuir assim as respostas psicológicas e comportamentais de dor nos prematuros (Falcão et al. 2008); e promovi o



contacto pele a pele que, segundo Leite (2006), o contacto pele a pele entre a mãe e o RN reduz drasticamente a dor.

No contexto da urgência de pediatria, fiz uma reflexão crítica da prática de enfermagem, visto que, não é uma preocupação de toda a equipa o uso de medidas farmacológicas ou não para alívio da dor. Utilizei o emla, anestésico local, em punções lombares e em punções de veias periféricas; utilizei estratégias não farmacológicas; estratégias de distração e de relaxamento. Desta forma, prestei cuidados diferenciados, de acordo com a faixa etária da criança e do seu desenvolvimento cognitivo. Ainda procedi à sensibilização da equipa para o uso de estratégias não farmacológicas.

No contexto das CSI, no que diz respeito à vacinação, alertei os pais/cuidadores para a importância de utilizar medidas para diminuir a dor durante a administração da vacina, como a sucção não nutritiva, esta participa na organização neurológica e emocional do recém-nascido após procedimentos dolorosos, segundo Medeiros (2006)

Na realização do teste diagnóstico precoce a um recém-nascido, no domicílio, promovi o bem-estar do recém-nascido através da promoção da amamentação durante a intervenção, nomeadamente o incentivo à mãe a amamentá-lo durante a execução do mesmo, visto que, *“o leite materno – além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o recém-nascido, também pode ser uma ponte de intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno”* (O.E. 2013, p.38).

Como futura EESIP, sou detentora de variadas estratégias não farmacológicas no controlo da dor. No entanto, vou ter de praticar mais a implementação das mesmas e, só assim, conseguirei prestar cuidados de enfermagem mais qualificados.

COMPETÊNCIAS

- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional**



avançada;

- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.**

Objetivos:

- Apoiar os pais no desenvolvimento da parentalidade.

Atividades realizadas:

- Estabelecer uma relação terapêutica com as crianças e respetivas famílias;
- Promover a autoconfiança nos pais, no desenvolvimento das suas competências parentais;
- Avaliar as competências dos pais, de forma individual, através da observação e da entrevista, esclarecendo todas as dúvidas;
- Promover o aleitamento materno;
- Assistir e realizar as sessões do Curso de Educação Parental;
- Assistir e participar nas sessões de Massagem Infantil;
- Participar em visitas domiciliárias à criança/família.

Reflexão crítica:

A enfermagem pediátrica tem como foco de atenção o bem-estar da criança e família. A interação entre família e enfermeiro é a nova forma de cuidar da criança, segundo Andraus (2004), desta forma, cabe aos enfermeiros capacitar as famílias para cuidar das suas crianças.





Segundo Hockenberry (2011, p.240), *“O processo parental baseia-se em uma relação entre pais e recém-nascidos”*. Segundo este autor, é necessário compreender as etapas comportamentais da formação do vínculo. Assim, deteta-se as variáveis que podem aumentar ou travar este processo, onde os enfermeiros podem *“influenciar positivamente a formação do vínculo entre pais e o recém-nascido.”* (Hockenberry, 2011, p.240). O enfermeiro tem o papel de ajudar os pais a reconhecer as diferenças individuais do recém-nascido e fornecer informações necessárias aos pais sobre como estimular o desenvolvimento e crescimento do seu filho, tornando, assim, a vida dos pais mais gratificante.

De acordo com a CIPE, a Parentalidade é a *“Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequado.”* (O.E. 2011).

A Parentalidade é um desafio constante para enfermagem, enquanto disciplina e prática. Ela surge como foco de atenção, dada a importância da adoção de comportamentos saudáveis por parte dos pais nos cuidados às crianças, para que estas cresçam e se desenvolvam de forma correta.

Para que os pais façam a transição eficaz para a parentalidade, é necessário que estes obtenham as respostas adequadas e apropriadas para as suas dúvidas no cuidado ao seu filho. Por isso, o curso de educação parental é uma mais valia. Durante o contexto de estágio na UCC, tive a oportunidade de participar num projeto intitulado PBMQ direcionado a todos os pais a partir das 20 semanas de gestação até aos 12 meses de idade da criança. É composto por um curso de preparação para o parto, um curso de educação parental e um curso de massagens infantis. O PBMQ tem como objetivo apoiar os pais no desenvolvimento da parentalidade, para que estes adquiram conhecimentos neste âmbito. Segundo Hockenberry, o vínculo efetivo *“é reforçado pela ocorrência de eventos*

significativos durante a gravidez e amadurece por meio de contato mãe-bebê durante o período neonatal e infância.” (Hockenberry, 2011, p.272).

Tive a oportunidade de observar e participar no Curso de Massagem Infantil, dotando-me de competências para realizar a massagem ao bebé em contexto profissional. O CMI originou momentos, escolhidos pelos pais, para o esclarecimento de dúvidas no cuidado aos seus filhos. A massagem é uma vertente de comunicação entre pais e filhos, através do toque.

Durante a participação no CEP, utilizei o processo de enfermagem que engloba avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados. Estive envolvida em todas estas fases. Realizei a entrevista aos pais, utilizando o “Instrumento de Avaliação das Competências Parentais”, identificando as necessidades dos mesmos no âmbito da parentalidade. Elaborei duas sessões do CEP intituladas “Amamentação e regresso ao trabalho” (ANEXO XII) e “Estimular o crescimento e o desenvolvimento infantil” (ANEXO XIII), com objetivo de colmatar essas necessidades parentais. Posteriormente, procedi à avaliação dos resultados obtidos, através de perguntas efetuadas aos pais, utilizando, novamente, o IACP, de forma a consolidar os conhecimentos.

Ao longo do estágio, nos vários contextos, apresentei sempre uma postura de apoio para promover o desenvolvimento da parentalidade, apoiando os mesmos em todas as suas dúvidas e receios. A minha prática de cuidados foi centrada na família. Segundo Hockenberry (2011), a filosofia do cuidado centrada na família reconhece os cuidados da mesma como essenciais no cuidado à criança, encarando-a como parceira de cuidados. Promovi, ainda, a participação desta nos cuidados à criança, sempre que demonstraram vontade.

Durante a prestação de cuidados à criança doente e perante a especificidade dos mesmos, após identificar as habilidades dos pais no cuidado à criança, proporcionei momentos de ensino, instrução e treino, promovendo, desta forma, a sua autonomia na realização dos cuidados.



No contexto de estágio na UCIN, promovi a técnica de Kanguru, ou seja, coloquei o recém-nascido em contacto com a pele da mãe/pai. Esta técnica aumenta o vínculo mãe/pai e filho; diminui o tempo de separação entre mãe/pai e filho; estimula o aleitamento materno; desenvolve o papel parental; melhora o controle térmico e proporciona um melhor relacionamento da família com a equipa de saúde. (Tamez, et al., 1999). No entanto, informei os pais de que se surgisse alguma alteração no quadro clínico do RN, este momento iria ser realizado mais tarde. Neste contexto, também promovi o envolvimento dos pais nos cuidados, inicialmente nos mais básicos (trocar a fralda e higiene corporal) e, numa fase posterior, em cuidados mais complexos, necessários a serem aprendidos na preparação para a alta (aspiração de secreções respiratórias). Em ambas as situações, os pais foram alvo de ensino, instrução e treino para adquirirem as competências necessárias para a realização dos cuidados, de forma eficaz.

Nos vários contextos de estágio promovi o toque dos pais e dos filhos, não só com estratégias para os confortar em procedimentos dolorosos, através do aconchego (como já foi referido anteriormente), mas, também, “como o primeiro ato de comunicação entre os pais e o recém-nascido” (Hokenberry, 2011, p.274). Neste sentido, encorajei os pais a tocar no seu filho, de acordo com os seus desejos, ou seja, segundo Hockenberry (2011), a capacidade dos pais em interagir varia consoante diversos fatores, tais como, “paridade da mãe e seu preparo durante a gestação; aspectos do recém-nascido, como tamanho, estado e aparência física; e tipo de tratamento” (Hokenberry, 2011, p.273). Antes dos pais tocarem nos recém-nascidos, alertei-os para reações normais deste, como por exemplo, sobressaltos, para que os pais não encarassem as mesmas como reações negativas ao seu toque.

Segundo Lee, P. (2004), nos últimos 25 anos evidencia-se um envolvimento dos pais e dos irmãos cada vez mais ativo nos cuidados à criança hospitalizada, executando pequenos procedimentos simples, mas essenciais, para que as crianças fiquem mais calmas e relaxadas, suportando, melhor, procedimentos mais invasivos.

Segundo o Modelo de Anne Casey (1988), o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem quatro papéis fundamentais: cuidado enfermeiro/família, ou seja, o cuidado à criança deve ser realizado pelos pais, sempre que possível, e sob orientação do enfermeiro; apoio aos familiares, para que os mesmos fiquem autoconfiantes na prestação de cuidados à sua criança; ensino, isto é, prestar os ensinamentos necessários à família/criança para que, esta, dependa cada vez menos dos cuidados de enfermagem, delegando cuidados, sempre que possível, à família/criança.

Segundo Anne Casey (1988), até nos cuidados intensivos deve existir o envolvimento da família nos cuidados à criança. A enfermeira deve auxiliar os pais/cuidador a torná-los competentes nos cuidados ao seu filho.

Qualquer pai/cuidador necessita de tomar conhecimento da perícia e ser ensinado a executar os cuidados à criança, de forma correta e segura. O enfermeiro especialista certifica-se da competência do mesmo. No entanto, os pais/cuidador nunca se devem sentir obrigados ou pressionados a executar os cuidados à criança. Estes devem ser negociados com a enfermeira, de acordo com os desejos e valores dos pais/cuidador.

Na realização da visita domiciliária, referenciada pela enfermeira de família para promover o aleitamento materno, identifiquei três diagnósticos, são estes: mamilos macerados, ingestão nutricional comprometida e défice de conhecimento da mãe, relacionado com a importância da pega eficaz do RN, para o sucesso da amamentação. Após ter identificado os diagnósticos, realizei os ensinamentos para promover a amamentação, treinei as habilidades da mãe na amamentação ao RN, de forma eficaz (pega correta e cuidados a ter com os mamilos), e avaliei o desenvolvimento do RN. Posteriormente, realizei uma nova visita domiciliária e avaliei os conhecimentos da mãe referentes à amamentação, avaliando, de novo, o desenvolvimento do recém-nascido que se encontrava com um desenvolvimento adequado para a sua faixa etária.

Ao longo do estágio, nos vários contextos, procurei promover o aleitamento materno, não só através da sessão do CEP sobre a temática, mas, também, através do



esclarecimento de dúvidas, quer no CA, quer nas visitas domiciliárias e nos contextos de internamento e UCIN. Em todos os contextos, de acordo com as necessidades identificadas, instruí e treinei a mãe na aquisição de habilidades. Em situações que a amamentação não pode ser estabelecida, por exemplo, no caso de RN pré-termo, incentivei as mães na extração de leite, realizando ensinamentos sobre as técnicas de extração, e sobre as estratégias para estimular o reflexo de ocitocina, mantendo a produção de leite. Em todas as situações segui sempre as orientações da OMS, que promove o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, a não ser que exista uma contraindicação para o mesmo.

COMPETÊNCIA

- **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.**

Objetivos:

- Desenvolver competências de comunicação com a criança/adolescentes e família.

Atividades realizadas:

- Aprofundar o conhecimento de técnicas de comunicação com a criança/jovem e família;
- Comunicar com a criança/jovem e família, de acordo com a fase de desenvolvimento em que esta se encontra;
- Mostrar disponibilidade para ouvir e esperar pelo momento adequado para intervir;
- Interpretar a comunicação não-verbal da criança/jovem e família.

Reflexão crítica:

Segundo Parracho (2005), a comunicação é muito importante para os cuidados de enfermagem. A eficácia desta contribui para o estabelecimento de uma relação de ajuda e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados com mais qualidade à criança/adolescente e família, segundo Teixeira et al (2004).

A comunicação efetuada e a sua eficácia é fundamental para avaliar a criança/adolescente e respetiva família. Para tal, esta deve ser apropriada à situação, à faixa etária e desenvolvimento em que a criança/adolescente se encontra. Desta forma, prestei os meus cuidados, como futura enfermeira especialista em SIP, enriquecida com diferentes técnicas de comunicação, selecionadas de acordo com a faixa etária e o grau de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem a quem se destinavam os meus cuidados.

Ao longo do estágio, nos vários contextos, tive a oportunidade de deparar-me com as três formas de comunicação: verbal, não-verbal e abstrata.

A verbal distanciadora, muitas vezes utilizada pelos adolescentes para descrever as suas dúvidas, utiliza a terceira pessoa com receio de críticas prejudiciais. Sempre que os adolescentes apresentaram este tipo de comunicação mantive o uso da terceira pessoa. Foi bastante terapêutico, criando uma relação de empatia e confiança, onde estes acabavam por esclarecer todas as suas dúvidas e medos. Na comunicação com os adolescentes estimei a expressão dos seus medos e ideias; demonstrei disponibilidade para ouvir a sua opinião; elogiei os pontos positivos; respeitei a sua privacidade, sem nunca esquecer o sigilo, explicando que as informações que partilhavam comigo não iriam ser divulgadas, a não ser que se justificassem.

Com crianças mais pequenas, peritas em entender a linguagem não-verbal, utilizei este tipo de linguagem para complementar a linguagem verbal, utilizando comportamentos de aceitação, devido à sensibilidade das mesmas, para as mensagens não-verbais. (Hockenberry, 2011).



Nas crianças com idade inferior a 5 anos concentrei-me na comunicação com as mesmas, informando-as do que iria fazer e do que esta iria sentir. Deixei-as manipular os meus objetos, como por exemplo, o manguito de avaliação das tensões arteriais ou o saturímetro (Hockenberry, 2011).

Em crianças na idade da primeira infância utilizei frases simples, com palavras do seu conhecimento, recorrendo ao conto de uma história para efetuar alguns procedimentos. (Hockenberry, 2011).

Em crianças na idade escolar expliquei o porquê das minhas ações, o que iria acontecer e, sempre que foi possível, deixei-a participar nos cuidados, como por exemplo, colocar o adesivo de proteção. Tive em consideração que, nesta faixa etária, as crianças preocupam-se com a sua integridade corporal. (Hockenberry, 2011).

No contexto de estágio da UCIN, com os recém-nascidos, utilizei o toque como forma de comunicação, o contacto com a pele de forma firme para transmitir segurança e conforto, e o uso da massagem que favorece o aumento do peso; melhora a sucção; melhora a digestão e o metabolismo; aumenta o crescimento e desenvolvimento; estimula e aumenta a recetividade; reduz a dor; melhora o tónus muscular e torna-as psicologicamente mais estáveis (Hockenberry, 2011). Utilizei a escuta ativa na comunicação com estes pais, com objetivo de *“avaliar suas preocupações e o seu progresso na incorporação do recém-nascido em suas vidas”* (Hockenberry, 2011, p.274).

É da competência do enfermeiro especialista em SIP utilizar uma comunicação eficaz para cada faixa etária. Só assim consegue prestar cuidados com qualidade e diferenciados. Este nunca deve esquecer a importância da comunicação com a família, pois esta precisa de apoio emocional, tempo e disponibilidade, da parte do especialista, para esclarecimento de dúvidas e receios. *“Os pais muitas vezes sentem-se tremendamente frustrados com a dificuldade em obter as informações precisas sobre a doença da criança e o seu tratamento. Os pais querem que as informações sejam expressas lentamente e repetidas se necessário ao longo do tempo; eles querem explicações nos termos que*

possam entender, e a oportunidade para fazer perguntas, que devem ser respondidas de forma muito clara.” (Hockenberry, 2011, p.667).

Ao longo do estágio, no contexto de Saúde Infantil, no âmbito da comunicação com a criança/jovem e respetiva família, num contexto individual, não senti dificuldades, estando consciente que para esta comunicação ser eficaz devo ser portadora, enquanto futura enfermeira especialista, de um vasto conhecimento e competências, tendo sempre em conta a idade da criança e o nível de formação da família. No entanto, senti dificuldades na eficácia da comunicação para audiência. Quando realizei a primeira sessão do CEP, estas dificuldades foram colmatadas com um aprofundamento de conhecimentos das técnicas de comunicação e com a orientação da EESIP, nas duas sessões seguintes. Ao longo do contexto de estágio observei as estratégias de comunicação utilizadas pela enfermeira especialista em SIP, nas várias situações que surgiram. Foi uma mais valia para refletir na minha prática e ultrapassar essas limitações.

Durante a realização do acolhimento à criança/jovens e respetivas famílias ao serviço e na execução das avaliações iniciais, deparei-me com várias situações diferentes, como por exemplo, no que diz respeito às experiências anteriores de internamentos (um dos dados a ser preenchido na avaliação inicial), constatando que, crianças que tinham experiência anteriores de internamento recentes, demonstravam alguma serenidade com a situação. Em contrapartida, as crianças que não tinham experiências anteriores de internamento tinham uma postura de desconfiança com tudo o que as envolvia, sendo mais difícil estabelecer uma relação terapêutica de confiança. No entanto, através da utilização de técnicas de comunicação, de acordo com a faixa etária e o desenvolvimento cognitivo e de linguagem, consegui, de uma forma satisfatória, estabelecer uma relação de empatia com a criança/jovem.

Durante a colheita de dados nos vários contextos de estágio, foi foco da minha atenção: estabelecer um ambiente adequado e garantir a privacidade; executei a entrevista num local calmo, apresentando-me pelo nome e perguntando o nome dos pais e da criança/adolescente; encorajei os pais a falarem, visto que, as preocupações descritas por



estes devem ser valorizadas pelos enfermeiros (Hockenberry, 2011); promovi a escuta ativa, onde, segundo Hockenberry (2011), esta facilita o envolvimento dos pais; utilizei o silêncio com o objetivo de fornecer tempo aos pais para pensar e esclarecer dúvidas. Segundo Hockenberry (2011, p.105), “o silêncio permite ao entrevistado pensar e sentir, e buscar respostas às perguntas”. Ainda tive postura de empatia que foi essencial para estabelecer uma relação de ajuda (Hockenberry, 2011). Durante a colheita de dados, nas várias situações, foi alvo da minha atenção a observação a criança/jovem e a sua relação com os pais. Sempre que a criança/jovem fosse capaz de fornecer os dados sobre si mesma, direcionei a entrevista para a mesma, como fonte principal de informação.

Durante a minha prestação de cuidados, tive muito cuidado na utilização da comunicação não verbal. Esta, segundo Hockenberry (2011), deve transmitir mensagens mais significativas, visto ser difícil esconder sentimentos e atitudes no relacionamento com crianças. No caso das crianças que se faziam acompanhar por um boneco, falei com o boneco e, através deste, iniciei uma comunicação verbal com a mesma, conquistando, desta forma, a sua confiança. Segundo Hockenberry (2011), a brincadeira é uma das técnicas mais eficazes para estabelecer relação com a criança.



3. CONCLUSÃO

Chegando ao fim de mais uma etapa do meu crescimento profissional e pessoal, posso concluir que o estágio, tal expectava, foi uma experiência muito rica em ambos os âmbitos. Este permitiu a consolidação e aplicação dos conhecimentos adquiridos no âmbito académico e profissional, desenvolvendo uma prestação de cuidados à criança/jovem e família, nos vários contextos, com mais qualidade e excelência, proporcionando-me momentos de reflexão acerca das práticas realizadas, resultando daqui, a identificação de aspetos positivos e negativos, desenvolvendo a capacidade da auto e hetero-crítica.

A elaboração do Relatório permitiu-me a descrição e reflexão crítica das atividades realizadas, nos vários contextos, com o objetivo de desenvolver competências do EESIP. Neste exercício intelectual e pessoal verifiquei, com alegria, o progresso que realizei no âmbito da minha prestação e gestão de cuidados em enfermagem, devido, também, à investigação e formação que realizei e proporcionei. Não foi uma caminhada de aprendizagem fácil, antes pelo contrário, com dificuldades e obstáculos, por vezes acrescidos, principalmente ao nível teórico que, com esforço e empenho, foram sendo superados de gradualmente.

A investigação científica foi imprescindível para as práticas realizadas e para a elaboração das presentes reflexões, pelo que, é necessária uma atualização permanente, com vista à excelência, bem como, as diversas orientações tutoriais que esclareceram as muitas dúvidas que foram surgindo ao longo deste percurso e que permitiram, também, alcançar e cumprir as metas apresentadas, no início deste percurso formativo.

Em suma, posso concluir que todos os contextos de estágios foram ótimos espaços de aprendizagem através das várias experiências que me proporcionaram, que contribuíram para o desenvolvimento de competências diferenciadas no âmbito da SIP.

Em suma, penso ter atingido todos os objetivos e competências a que me propôs, definidos no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP).



4. BIBLIOGRAFIA

- ✿ Alves AM; Gonçalves CSF; Martins MA; Silva ST; Auwerter TC; Zagonel IPS. (2006). *A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada*. Rev Eletrônica Enfermagem.
- ✿ Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lousã: Lidel.
- ✿ Batalha, L. (2005). *Avaliação da Dor no Período Neonatal*. Acta Pediátrica Portuguesa; nº4; vol. 36.
- ✿ Batista, A. et al. (2004). *A criança, o hospital e o brincar*. Revista de Investigação em Enfermagem.
- ✿ Carvalho, M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures. Lusociência
- ✿ Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 67-68
- ✿ Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ✿ DIÁRIO DA REPÚBLICA – Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril; *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* [em linha]. [Consultado em 2 de novembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Aenfermagem/Documents/REPE.pdf>>.
- ✿ Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (2012)*.
- ✿ Ferreira, M.M.C.; Costa, M.G.F.A. *CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- ✿ Ferreira, M.; Dias, M. O. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ✿ Falcão FRC; Silva MAB. *Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos*. Rev Cien md Biol., 2008 Mai-Ago; 7(2):123-131.
- ✿ Frias, C. (2003). *A APRENDIZAGEM DO CUIDAR E A MORTE – Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures. Lusociência



- ✿ Hockenberry, M.J; Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier.
- ✿ Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ✿ Lee, P. (December de 2004). Family involvement: are we asking too much? *Paediatric Nursing*(16), 37-41.
- ✿ Leite, A. (2006). *Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?*. Revista Brasileira de Enfermagem.
- ✿ Lima, R.A.G.; Azevedo, E.F.; Nascimento, L.C.; Rocha, S.M.M. (2007). *A arte do teatro clown no cuidado as crianças hospitalizadas*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01.
- ✿ Medeiros MD; Madeira LM. *Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal*. Rev Min Enferm. 2006 Abr-Jun; 10(2):118-24.
- ✿ Ministério da Saúde. (2005). Programa - Tipo de Actuação. *Direcção geral da Saúde - Saúde Infantil e Juvenil , 2º edição*. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- ✿ Neto,J.A.S.; Rodrigues, M.R.D. (2010). *TECNOLOGIA COMO FUNDAMENTO DO CUIDAR EM NEONATOLOGIA*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis.
- ✿ Oliveira, G.F.; Dantas,F.D.C.; Fonsêca, P.N. (2004). *O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade*. Rev. SBPH v.7 n.2 Rio de Janeiro.
- ✿ Ordem dos Enfermeiros (Maio de 2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- ✿ Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- ✿ Ordem dos Enfermeiros (Setembro de 2011). *Governança Clínica e Estratégias Profissionais. Governança Clínica e Estratégias Profissionais*.
- ✿ Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Vols. serie I, nº 6). (O. d. Enfermeiros, Ed.) s.l.: Artes Gráficas.



- ✿ Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Edição Ordem dos Enfermeiros
- ✿ Parracho, M. et al (2005). *A Enfermagem como elo de ligação entre o utente/família/comunidade (comunicação/relação de ajuda)*. Sinais Vitais.
- ✿ Perlin, D.A; Oliveira. S. M.; Gomes, G.C.(2011). *A CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: impacto da primeira visita da mãe*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS).
- ✿ Ramos, M.C.A.L.; Weiduschat, I. (2002). *Jogar e brincar: representando papéis, a criança constrói o próprio conhecimento e, conseqüentemente, sua própria personalidade*. Revista Leonardo, v. 1, p. 1-10.
- ✿ Reichert, APS; Lins, RNP; Collet, N. (2007). *Humanização do Cuidado da UTI Neonatal*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01.
- ✿ Silva, T. et al (2010). *Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-Nascido – revisão sistemática*. Artigo de Revisão.
- ✿ Soares, C. (2004). *A reunião de passagem de turno: contributos para uma reflexão*. Revista Investigação em Enfermagem
- ✿ Tamez, R. N., & Silva, M. J. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ✿ Teixeira, A. et al. (2004). *A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro*. Nascer e Crescer.
- ✿ Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro – Da compaixão à Proficiência*, 2ª edição. Lisboa: UNIVERSIDADE CATÓLICA EDITORA.
- ✿ Xavier, B. et al (2006) *ACOLHIMENTO E ESTADIA DA CRIANÇA E DO JOVEM NO HOSPITAL – Texto de Referência – Qualidade na Urgência*. 1ª Edição. Lisboa. Instituto de Apoio à Criança



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO I

GUIA DE FÁRMACOS URGENTES/EMERGENTES





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

GUIA DE FÁRMACOS URGENTES/EMERGENTES

Módulo III – Urgência Pediátrica

Aluna: Ana Gomes Fernandes Pereira

Orientadora: Enfermeira Anabela Silva

Orientação pedagógica: Professora Isabel Quelhas

Santa Maria da Feira, julho de 2013



ÍNDICE

	Pág.3
1. ABREVIATURAS E/OU SIGLAS	
2. INTRODUÇÃO	Pág.4
3. AMIODARONA	Pág.5
4. DOBUTAMINA	Pág.12
5. DOPAMINA	Pág.16
6. FENITOÍNA	Pág.22
7. FENOBARBITAL	Pág.28
8. PROPOFOL	Pág.34
9. VECURÓNIO	Pág.41
10. TIOPENTAL	Pág.43
11. MIDAZOLAM	Pág.48
12. CONCLUSÃO	Pág.56
13. BIBLIOGRAFIA	Pág.57



1. Siglas/Abreviaturas

AV – Auriculo-ventriculo

IM – Intramuscular

IV – Intravenosa

ECG – Eletrocardiograma

ORL – Otorrinolarinologista

Po – Via oral

RX – Raio X

SNC – Sistema nervoso central

UCI – Unidade de cuidados intensivos



2. Introdução

Este trabalho enquadra-se no âmbito do módulo III de estágio – Urgência, do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa e que pretende ir ao encontro das competências a desenvolver como futura enfermeira especialista, nomeadamente integração de novos elementos.

A escolha deste tema deve-se ao facto de no Serviço de Urgência Pediátrica deste hospital não existir um guia de fármacos de urgência/emergência de consulta rápida, pelo que, a Enf.^a Especialista Anabela Silva me desafiou para a elaboração do mesmo, de forma a facilitar e a melhorar a eficácia dos cuidados de enfermagem, no âmbito da preparação e administração de fármacos urgentes/emergentes.

Este guia auxiliará, ainda, o processo de integração de novos elementos no serviço cuja experiência, por vezes, culmina em si mesma alguns deficit nomeadamente na ação de preparação e administração de fármacos urgentes/emergentes.

Para a elaboração deste trabalho selecionei os fármacos urgentes/emergentes mais usuais no serviço. Com pesquisa bibliográfica, para cada fármaco, descrevi indicações, ação, farmacocinética, contra-indicações e precauções, reações adversas e efeitos laterais e interações, via de administração e posologia, cuidados de enfermagem e ritmo de perfusão.

3. Amiodarona

Classificação: Antiarrítmico (grupo III)

Indicações: Tratamento/ profilaxia de arritmias ventriculares letais que não respondam a agentes menos tóxicos. Uso não registado: PO: Tratamento da taquicardia paroxística supraventricular.

Ação:

- Prolongamento do potencial de acção e do período refractário;
- Inibição da estimulação adrenérgica;
- Provoca diminuição do ritmo sinusal, aumento dos intervalos PR e QT;
- Diminuição da resistência periférica (vasodilatação).
- O seu efeito terapêutico consiste na supressão de arritmias.

Farmacocinética

Absorção: A administração IV resulta numa completa biodisponibilidade. Absorvido lenta e variavelmente pelo tracto gastrointestinal. (35-65%)

Distribuição: Distribui-se e acumula-se lentamente nos tecidos. Atinge níveis elevados no tecido adiposo, músculos, fígado, pulmões e baço.

Ligação a proteínas: 96% de ligação às proteínas plasmáticas

Metabolismo e Excreção: Metabolizado pelo fígado, excretado na bÍlis. Excreção renal mínima. Um metabolito, tem actividade antiarrítmica.

Contra- Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Disfunção grave do nó sinusal
- Bloqueio AV do 2º e 3º grau



- Bradicardia (tem causado síncope excepto quando existe um pace maker)

Precauções:

- História de insuficiência cardíaca;
- Perturbações da Tiroide;
- Doença pulmonar e hepática grave;

- Crianças (segurança não estabelecida).

Reações Adversas e Efeitos Laterais

SNC: indisposição, *fadiga*, *tonturas*, insónia, cefaleias.

ORL: microdepósitos na córnea, alterações do paladar, alterações do olfacto, secura ocular, neurite óptica, fotofobia.

Respiratórias: fibrose pulmonar, síndrome do sofrimento respiratório do adulto

Cardiovascular: *Insuficiência cardíaca congestiva*, *bradicardia*, *agravamento das arritmias*, *hipotensão*

Gastrointestinal: náuseas, vômitos, obstipação, anorexia

Genito-urinário: diminuição da libido, epididimite

Dermatológico: Necrólise epidérmica tóxica, fotossensibilidade, coloração azulada

Endócrino: hipotireoidismo, hipertireoidismo

Neurológico: *ataxia*, *tremores*, *movimentos involuntários*, *fraca coordenação*, *neuropatia periférica*, *parestesia*

Interações

Fármaco - Fármaco:



- Aumenta os níveis sanguíneos de digoxina podendo originar toxicidade (diminuir 50% da dose de digoxina)
- Aumenta os níveis sanguíneos e pode originar toxicidade de outros, antiarrítmicos do grupo I (quinidina, procainamida, mexiletina, lidocaína ou flecainida- diminuir 30-50% as doses dos outros fármacos)
- Aumenta os níveis sanguíneos da fenitoína e ciclosporina
- A fenitoína diminui os níveis sanguíneos da amiodarona
- Aumenta a actividade da varfarina (reduzir 33- 50% a dose de varfarina)
- Aumenta o risco de bradiarritmias, paragem sinusal, bloqueio AV com bloqueadores beta ou com bloqueadores dos canais de cálcio
- A colestiramina pode diminuir os níveis sanguíneos da amiodarona
- A cimetidina aumenta os níveis da amiodarona
- O risco de depressão miocárdica é aumentado pelos anestésicos e por adjuvantes da anestesia

Via de administração e Posologia

Arritmias ventriculares

- PO (adultos): 800-1600mg/dia em 1-2 doses durante 1-3 semanas, depois 600-800mg/dia em 1-2 doses durante um mês, passar então para uma dose de manutenção de 400mg/dia.

PO (crianças):

- 10mg/kg/dia (800mg/ 1,72 m² /dia) durante 10 dias ou até ocorrer uma resposta ou se verificarem efeitos laterais depois, 5mg/kg/dia (400mg/ 1,72 m²/ dia) durante várias semanas, diminuir para 2,5mg/kg/dia (200mg/1,72m²/dia) ou para dose eficaz mais baixa

IV (adultos):



- 150mg durante 10min, seguido de 360mg durante 6h seguintes e depois 540mg durante as 18h seguintes. Continuar a perfusão de 0,5mg/min até iniciar a terapêutica oral. Se ocorrer uma arritmia, deverá ser administrada uma pequena perfusão de indução de 150mg durante 10 minutos; adicionalmente, o ritmo de perfusão de manutenção deve ser aumentado. Conversão para terapêutica oral inicial – Se a duração da perfusão IV for < 1 semana, a dose oral deverá ser de 800-1600mg/dia; se a perfusão for de 1-3 semanas, a dose oral deverá ser de 600-800mg/dia; se a perfusão for mantida
- >3 semanas, a dose oral será de 400mg/dia.

Taquicardia supraventricular

PO (adultos):

- 600-800mg/dia durante uma semana ou até que ocorra a resposta pretendida ou se desenvolvam efeitos laterais, depois diminuir para 400mg/dia durante 3 semanas, depois administrar dose de manutenção de 200-400mg/dia.

PO (crianças):

- 10mg/kg/dia (800mg/ 1,72 m² /dia) durante 10 dias ou até ocorrer uma resposta ou se verificarem efeitos laterais depois, 5mg/kg/dia (400mg/ 1,72 m²/ dia) durante várias semanas, diminuir para 2,5mg/kg/dia (200mg/1,72m²/dia) ou para dose eficaz mais baixa

Nota: Não foi estabelecida a segurança e eficácia da amiodarona em doentes pediátricos.

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

Informação geral: Monitorizar continuamente o ECG durante a terapêutica IV ou início da terapêutica oral. Monitorizar a frequência e o ritmo cardíaco durante a terapêutica;

pode ocorrer prolongamento do PR, alargamento fraco QRS, redução da amplitude da onda T com alargamento e bifurcação da onda T e ondas U. O prolongamento QT pode estar associado ao agravamento das arritmias.

Comunicar prontamente a ocorrência de bradicardias ou aumento das arritmias.

Avaliar os sinais de toxicidade pulmonar: crepitações/fervores, diminuição de sons respiratórios, fadiga, dispneia, tosse, dor pleurítica, febre.

IV: Avaliar os sintomas de síndrome de sofrimento respiratório do adulto durante a terapêutica. Comunicar prontamente a ocorrência de dispneia, taquicardia, ou crepitações/fervores. As infiltrações pulmonares difusas e bilaterais são observadas no RX torácico.

Monitorizar frequentemente a pressão arterial durante a terapêutica IV. A hipotensão ocorre normalmente nas primeiras horas da terapêutica e está relacionada com o ritmo de perfusão. Se ocorrer hipotensão, a perfusão deverá ser mais lenta.

PO: devem ser realizados exames oftalmológicos antes da terapêutica e sempre que ocorrerem alterações da visão (fotofobia, aureolas à volta de pontos luminosos, diminuição da acuidade).

Avaliar os sinais de disfunção da tireóide, especialmente durante a terapêutica. Letargia, aumento de peso, edema das mãos e dos pés e da região periorbital; a pele pálida e fria sugere hipotireoidismo e pode requerer a diminuição da dosagem ou suspensão terapêutica e a administração de suplementos de hormona tiroideia. Taquicardia, perda de peso, nervosismo, sensibilidade ao calor, insónia e pele quente, corada e húmida sugerem hipertireoidismo e pode requerer a suspensão da terapêutica e o tratamento com antitiroideos.



Procedimentos:

Os doentes devem ser hospitalizados e monitorizados atempadamente durante a terapêutica IV e o início da terapêutica oral.

A hipocalcemia e a hipomagnesemia podem diminuir a eficácia da amiodarona ou podem causar arritmias adicionais, corrigir antes da terapêutica.

Monitorizar atentamente a mudança da terapêutica IV para a terapêutica oral.

PO: Pode ser administrado às refeições e em doses divididas se houver intolerância GI.

IV: Administrar através de bomba volumétrica. As perfusões que ultrapassem 1h não deverão exceder 2mg/ml excepto se administrada através de um cateter central.

Perfusão intermitente: A dose inicial recomendada é cerca de 1000mg durante 24h e é administrada durante as perfusões de indução e manutenção.

Dose de indução inicial:

Adicionar 3ml (250mg) de amiodarona a 100ml de D5% para uma concentração de 1,5mg/ml.

Ritmo de perfusão:

Administrar rapidamente durante 10 minutos.

Perfusão Indução:

- Adicionar 18ml (900mg) de amiodarona a 500ml de D5% para uma concentração de 1,8mg/ml

Ritmo de perfusão: administrar lentamente, 360mg durante 6h seguintes com um ritmo de 1mg/min.



Perfusão de manutenção:

- Administrar o resto da perfusão de manutenção

Ritmo de perfusão: Administrar 540mg durante as restantes 18h com um ritmo de 0,5 mg/min.

Perfusão contínua:

- Após as 24h iniciais, a perfusão pode continuar usando uma concentração de 1-6 mg/ml. Administrar as concentrações > 2mg/ml através de cateter venoso central.

Ritmo de perfusão: Administrar a perfusão de manutenção com um ritmo de 0,5mg/min (720mg/24h). Pode ser aumentada para se conseguir a suspensão eficaz da arritmia mas não deve exceder 30mg/min.

Perfusão contínua:

- Se ocorrerem episódios súbitos de fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular hemodinamicamente instável, diluir 150mg de amiodarona em 100ml de D5%.

Ritmo de perfusão: Administrar durante 10min para minimizar a hipotensão.

Compatibilidade na derivação em Y:

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| • Bretílio | • Gentamicina |
| • Amicacina | • Insulina |
| • Clindamicina | • Isoprenalina |
| • Dobutamina | • Labetalol |
| • Dopamina | • Lidocaína |
| • Doxicilina | • Metaraminol |
| • Lactobionato de eritromicina | • Metronidazol |
| • Esmolol | • Midazolam |





- Morfina
- Nitroglicerina
- Noradrenalina
- Penicilina G potássio
- Fentolamina
- Cloreto potássio
- Fenilefrina
- Procainamida
- Tobramicina
- Vancomicina

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Cefazolina
- Aminofilina
- Cefamandol
- Heparina
- Meslocilina
- Bicarbonato de sódio



4. Dobutamina

Classificação: Inotrópicos e cardiotónicos

Indicações: Tratamento de curta duração (não superior a 48H) da insuficiência cardíaca devida a diminuição da contractilidade provocada por doença cardíaca orgânica ou procedimento cirúrgico.

Ação: Estimula os receptores adrenérgicos β_1 (miocárdio) com relativamente pouco efeito na frequência cardíaca e na circulação periférica.

Tem como efeito terapêutico o aumento do débito cardíaco sem aumento significativo da frequência cardíaca.

Farmacocinética

Absorção: A administração IV resulta numa completa biodisponibilidade

Distribuição: Desconhecida.

Metabolismo e Excreção: Metabolizado pelo fígado e outros tecidos.

Semi-vida: 2 minutos

Contra- Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade à dobutamina ou a bissulfitos
- Estenose sub - aórtica hipertrófica idiopática

Precauções:

- Enfarte miocárdio
- Fibrilação auricular (é recomendado pré-tratamento com glicosídeos digitálicos)



- História de actividade ventricular atópica (pode ser exacerbada)
- Hipovolémia (corrigir antes da administração)
- Nas crianças à o risco aumentado de taquicardia

Reações Adversas e Efeitos Laterais

SNC: cefaleias.

Respiratórias: falta de ar

Cardiovascular: *taquicardia, arritmias, hipertensão, contracções ventriculares prematuras*, angina de peito, hipotensão, palpitações.

Gastrointestinal: náuseas, vómitos

Local: flebite

Outros: reacções de hipersensibilidade incluindo erupções cutâneas, febre, broncospasma ou eosinofilia, dor torácica não anginosa

Interações

Fármaco - Fármaco:

- O uso com nitroprussiato pode ter um efeito sinérgico no aumento do débito cardíaco;
- Os bloqueadores adrenérgicos beta podem anular o efeito da dobutamina;
- Aumentado o risco de arritmias ou de hipertensão com alguns anestésicos (ciclopropano, halotano), IMAO's oxitócicos ou antidepressivos tricíclicos.



Via de administração e Posologia

IV (adultos/crianças) : Iniciar com ritmos de perfusão lentos (0,5 – 1 mcg/kg/min), titulados em intervalos de alguns minutos, orientados pela resposta do doente (intervalo de 2-20 mcg/kg/min, até 40mcg/kg/min)

IV (crianças): 5- 20mcg/kg/min

Regra Prática: (6x Peso em kg) mg de dobutamina diluídos em 100ml SG 5% ou NaCl 0,9%, 1ml/hora \Leftrightarrow 1mcg/kg/min

Apresentação

Solução para perfusão: 12,5 mg/ml (20ml)

Pó para solução para perfusão: 250mg

Reconstituição: Solução pronta

Estabilidade: 24h pós reconstituição/diluição

Diluição:

Pode ser diluído em: NaCl 0,9%, glicose 5%, lactato de Ringer

Diluição na proporção de:

- 250mg/1000ml = 250mg/ml
- 500mg/1000ml= 500mcg/ml
- 1000mg/1000ml= 100mcg/ml

Para calcular o ritmo da perfusão (ml/h), multiplicar o peso do doente (kg) pela dose em ml/Kg/min x 60.



Observações: Incompatível com soluções alcalinas. As soluções de dobutamina podem apresentar uma cor rosada resultante de uma ligeira oxidação, tal não significa alteração da sua potência.

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

Monitorizar continuamente a pressão arterial, a frequência cardíaca, o ECG, o débito cardíaco, a pressão venosa central, e a eliminação urinária, durante a administração.

Avisar o médico se ocorrerem alterações significativas nos sinais vitais ou arritmias. Consultar médico acerca dos parâmetros do pulso, pressão arterial ou alterações do ECG para reajusto ou suspensão do fármaco.

Fazer a palpação do pulso periférico e avaliar regularmente a aparência das extremidades durante a administração da dobutamina. Avisar o médico se a pulsação diminuir ou se as extremidades ficarem frias ou marmoreadas.

Procedimentos:

Administrar numa veia de grande calibre e avaliar regularmente o local da administração. O extravasamento pode causar dor e inflamação.

Perfusão Contínua: Administrar através de bomba de perfusão. O ritmo da administração deve estar de acordo com a resposta do doente (frequência cardíaca, presença de actividade ectópica, pressão arterial, eliminação urinária, pressão venosa central, débito cardíaco).

Compatibilidade na derivação em Y:

- Amifostina
- Amiodarona
- Atracúrio
- Aztreonam
- Bretílio
- Cloreto de cálcio
- Cloreto de potássio
- Ciprofloxacina





- Diazepam
- Diltiazem
- Dopamina
- Enalaprilato
- Fentanil
- Fluconazol
- Gluconato de cálcio
- Haloperidol
- Hidromorfina
- Insulina
- Lidocaína
- Nitroglicerina
- Nitroprussiato
- Noradrenalina
- Pancuronio
- Ranitidina
- Remifentanil
- Sulfato de magnésio
- Teofilina
- Tolazolina
- Vecuronio
- Verapamil

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Aciclovir
- Ácido etacrínico
- Alteplase
- Aminofilina
- Cefamandole
- Cefazolina
- Cefepime
- Cefmetazole
- Fitonadiona
- Fosfonoformato trissódico
- Hidrocortisona
- Indometacina
- Penicilina
- Piperacilina/tazobatam

5. Dopamina

Classificação: Inotrópicos e cardiotónicos. Ventrópicos

Indicações: Complemento dos procedimentos padrão para melhoria de:

- Pressão Arterial
- Débito cardíaco



- Eliminação urinária no tratamento de choque que não responde à substituição de líquidos

Ação:

- Pequenas doses (0,5-2mcg/kg/min) estimulam os receptores dopaminérgicos, produzindo vasodilatação renal
- Doses elevadas (2- 10mcg/kg/min) estimulam aos receptores dopaminérgicos e adrenérgicos beta₁, produzindo estimulação cardíaca e vasodilatação renal
- Doses superiores a 10mcg/kg/min estimulam os receptores adrenergicos alfa e podem causar vasoconstrição renal.

O seu efeito terapêutico consiste no aumento do débito cardíaco, aumento da pressão arterial e melhoria da circulação renal.

Farmacocinética

Absorção: Apenas administrado IV, resultando numa completa biodisponibilidade.

Distribuição: Amplamente distribuído após administração IV, mas não atravessa a barreira hemato- encefálica.

Metabolismo e Excreção: Metabolizado pelo fígado e rins e plasma.

Semi-vida: 2 minutos

Contra - Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Taquiarritmias
- Feocromocitoma
- Hipersensibilidade aos bissulfitos (alguns produtos)



Precauções:

- Hipovolémia (corrigir antes da administração)
- Enfarte do miocárdio
- Doença Vascular oclusiva
- Crianças (segurança não estabelecida)

Reações Adversas e Efeitos Laterais

SNC: cefaleias.

ORL: midríase (dose elevada)

Respiratórias: dispneia

Cardiovascular: arritmias, *hipotensão*, *palpitações*, angina, vasoconstrição, alteração do ECG

Gastrointestinal: náuseas, vômitos

Dermatológico: erecção pilosa

Local: irritação no local IV

Interações

Fármaco - Fármaco:

- O uso com IMAO's alcalóides de cravagem (ergotamina), doxapram, guanetidina, guanadrel e alguns antidepressivos resulta em hipertensão grave
- O uso com fenitoína IV pode causar hipotensão e bradicardia
- O uso com anestésicos gerais pode resultar em arritmias
- A bloqueadora adrenérgica beta pode antagonizar os efeitos cardíacos



Via de administração e Posologia

IV (adultos):

Efeitos dopaminérgicos (vasodilatação renal) – 0,5-3mcg/kg/min.

Efeitos adrenérgicos beta₁ (estimulação cardíaca) – 2/10mcg/kg/min.

Efeitos adrenérgicos alfa (maior resistência vascular periférica) – 10mcg/kg/min

O ritmo pode ser aumentado se necessário.

IV (crianças): 5-20mcg/kg/min, dependendo da resposta desejada.

Apresentação

Solução para perfusão: 200mg/5ml

Perfil de actuação

	Início	Pico	Duração
IV	1-2 Minutos	Rápido	<10 min

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

Monitorizar continuamente a pressão arterial, a frequência cardíaca, o ECG, o débito cardíaco, a pressão venosa central, e a eliminação urinária, durante a administração.

Avisar o médico se ocorrerem alterações significativas nos sinais vitais ou arritmias. Consultar médico acerca dos parâmetros do pulso, pressão arterial ou alterações do ECG para reajusto ou suspensão do fármaco.

Monitorizar frequentemente o débito de urina durante a terapêutica. Se a eliminação urinária diminuir, avisar imediatamente o médico.



Fazer a palpação do pulso periférico e avaliar regularmente a aparência das extremidades durante a terapêutica. Avisar o médico se as características do pulso se alterarem ou se as extremidades ficarem frias ou marmoreadas.

Se ocorrer hipotensão, o ritmo de administração deverá ser aumentado. Se a hipotensão persistir, podem ser administrados vasoconstritores mais fortes (noradrenalina).

Se ocorrer hipertensão excessiva, o ritmo de perfusão deve ser diminuído ou temporariamente suspenso até que a pressão arterial diminua. Apesar de não ser normalmente necessário adoptar medidas adicionais, devido à curta duração da dopamina pode ser administrada fentolamina se hipertensão continuar.

Diagnósticos de Enfermagem

- Diminuição do débito cardíaco
- Alterações da perfusão dos tecidos

Procedimentos:

Corrigir a hipovolémia com expansores de volume antes de iniciar a terapêutica com dopamina.

Administrar numa veia de grande calibre e avaliar regularmente o local da administração. O extravasamento pode causar irritação severa, necrose e escara dos tecidos. Se ocorrer extravasamento, a área afectada deve ser infiltrada abundantemente com 10-15ml de NaCl 0,9%, contendo 5-10mg de fentolamina. Reduzir proporcionalmente para os doentes pediátricos.

A infiltração no período de 12h após ocorrência de extravasamento produz alterações hiperémicas imediatas.

Perfusão Continua:



Diluir 200-400mg em 250-500 ml de NaCl 0,9%, D5%, D5% lactato de Ringer, D5% NaCl 0,45%, D5% NaCl 0,9% ou solução de lactato de Ringer para perfusão IV.

As concentrações normalmente usadas são de 0,8mg/ml (200mg/250ml) quando a expansão do fluido não é problemática, e 1,6mg/ml (400mg/250ml) ou 3,2mg/ml (800mg/250ml) quando o doente está com restrição de líquidos ou se for desejado um ritmo de administração mais lento.

A coloração amarela ou castanha indica decomposição. Rejeitar a solução se estiver turva, corada ou com precipitado. **A solução é estável durante 24 h.**

Ritmo de perfusão.

Administrar com um ritmo de 0,5-5mcg/kg/min e aumentar 1-4mcg/kg/min em intervalos de 10-30min até obtenção da posologia desejada.

A perfusão é administrada através de bomba de perfusão para assegurar a administração da quantidade precisa.

O ritmo de administração é titulado de acordo com a resposta do doente (pressão arterial, frequência cardíaca, fluxo urinário, perfusão periférica, presença de actividade ectópica, débito cardíaco).

Compatibilidade na derivação em Y:

- | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| • Aldesleucina | • Cloreto de potássio | • Fentanil |
| • Amifostina | • Diltiazem | • Fluconazol |
| • Amiodarona | • Dobutamina | • Fosforoformato trissodico |
| • Atracúrio | • Enalaprilato | • Haloperidol |
| • Aztreonam | • Esmolol | • Heparina |
| • Cefmetazole | • Estreptoquinase | • Labetalol |
| • Ciprofloxacina | • Famotidina | • Lidocaína |
| • Cladribina | | |





- Lidocaina
- Lorazepam
- Meperidina
- Metronidazol
- Morfina
- Nitroglicerina
- Nitroprussiato
- Noradrenalina
- Ondasetron
- Pancurónio
- Piperacilina/tazo
bactam
- Propofol
- Ranitidina
- Sargramostim
- Succinato sódico
de
hidrocortisona
- Tacrolimus
- Teofilina
- Tolazolina
- Varfarina
- Vecurónio
- Verapamil
- Zidovudina

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Aciclovir
- Alteplase
- Cefepime
- Indometacina
- Insulina
- Tiopental



6. Fenitoína

Classificação: Anticonvulsivantes (hidantoína), Antiarrítmicos

Indicações: Tratamento e prevenção das convulsões tónico-clónicas (grande mal) e das convulsões parciais complexas.

Ação:

- Limita a propagação da convulsão, alterando o transporte iónico
- Propriedades antiarrítmicas devido a uma melhoria da condução AV
- Pode também diminuir a transmissão sináptica

Efeitos terapêuticos consistem numa actividade convulsiva diminuída, controlo das arritmias e diminuição da dor

Farmacocinética

Absorção: Absorvido lentamente pelo tracto intestinal. Absorvido por via IM de forma irregular e inconstante.

Distribuição: Distribui-se no LCR e noutros tecidos e fluidos corporais. Distribui-se preferencialmente nos tecidos adiposos.

Metabolismo e Excreção: A maior parte é metabolizada pelo fígado, quantidades mínimas excretadas pela urina.

Semi-vida: 22 minutos (mais prolongada para níveis sanguíneos mais elevados)

Contra - Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade
- Hipersensibilidade ao propilenoglicol (apenas no injectável)



- Intolerância ao álcool (injectável e em solução oral)
- Bradicardia sinusal, bloqueio sinoauricular, bloqueio cardíaco do 2º e 3º grau ou síndrome de Stokes-Adams

Precauções:

- Doença hepática grave
- Doentes obesos

Reações Adversas e Efeitos Laterais

A maioria dos efeitos listados referem-se ao uso crónico de fenitoína.

SNC: ataxia, agitação, disartria, edema cerebral, sonolência, letargia, coma, tonturas, cefaleias, nervosismo, discinésia, síndrome extrapiramidal, fraqueza

ORL: diplopia, nistagmo, tinite

Cardiovascular: hipotensão (aumentada com fenitoína IV), taquicardia, vasodilatação

Gastrointestinal: hiperplasia gengival, náuseas, vômitos, anorexia, perda ponderal, obstipação, hepatite

Genito-urinário: urina cor-de-rosa, avermelhada, avermelhada-acastanhada

Dermatológico: hipertricose, erupções cutâneas, dermatite esfoliativa

Hematológico: Anemia Aplásica, agranulocitose, leucopenia, trombocitopenia, anemia megaloblástica

ME: dores nas costas, osteomalácia, dor pélvica

Outros: linfadenopatia, febre, reacções alérgicas incluindo Síndrome de Stevens-Johnson.

Interações

Fármaco - Fármaco:



- Fenilbutazona, dissulfiram, isoniazida, cloranfenicol, vacina da gripe, sulfonamidas, benzodiazepinas, omeprazol, metronidazol, cetaconazol, fluconazol, miconazol, estrogénios, succinamidas, halotano, metilfenidato, fenotiazinas, salicilatos, tolbutamina, trazodona, felbamato e cimetidina podem diminuir o metabolismo da fenitoína e aumentar os níveis plasmáticos;
- Os barbitúricos, carbamazepina, reserpina, ingestão crónica de álcool e de varfarina podem estimular o metabolismo da fenitoína e diminuir os níveis plasmáticos;
- A fenitoína pode alterar os efeitos digitoxina, varfarina, felbamato, corticosteróides, doxiciclina, rifampina, quinidina, metadona, ciclosporina e estrogénios;
- A fenitoína IV e a dopamina podem provocar hipotensão aditiva
- Depressão aditiva do SNC com outros depressores do SNC incluindo o álcool, os antihistamínicos, os antidepressivos, os analgésicos opiáceos e os sedativos/hipnóticos
- Os antiácidos podem diminuir a absorção da fenitoína administrada oralmente
- A fenitoína pode diminuir a absorção e a eficácia da teofilina
- Pode ocorrer depressão aditiva com o propranolol ou a lidocaína
- O ácido valpróico ou a carbamazepina podem aumentar ou diminuir os níveis plasmáticos da fenitoína
- O cálcio diminui a absorção de fenitoína

Fármaco- Alimento

- A fenitoína pode diminuir a absorção de ácido fólico
- A administração em simultâneo com alimentação entérica pode diminuir a absorção de fenitoína

Via de administração e Posologia

Fenitoína (usada como anticonvulsivante)



Deve-se recorrer à administração IM apenas em último caso. A posologia deve ter um aumento da 50% sobre a dose oral anteriormente estabelecida.

PO (adultos):

Dose de carga 1q, 1g ou 20mg/kg sob forma de cápsulas de acção prolongada, repartida em 3-4 doses com intervalos de 2h ou ainda 400mg, seguindo-se 2 doses de 300mg com intervalo de 2h; a dose de manutenção é de 300mg-400mg por dia. Pode ser administrada uma vez dia sob forma de cápsulas de acção prolongada ou repartida em 3 doses; habitualmente a dose máxima é de 600mg/dia.

PO (crianças): de início 5mg/kg, dose de manutenção 4-8mg/kg/dia (250mg/m²) repartidos em 2-3 doses (não exceder 300mg/dia)

IV (adultos): 15-20mg/kg. Não exceder o ritmo de perfusão de 25-50mg/min, seguindo-se 100mg de 6-8h.

IV (crianças): 15-20mg/kg a 1-3 mg/kg/min.

Fenitoína (usada como Antiarrítmico)

IV (adultos): 50-100mg em cada 10-15min até que a arritmia seja abolida ou que ocorra toxicidade. Já tem sido administrada até 15mg/kg.

Fenitoína (usada como antinevrálgico)

PO(adultos): 200-600 mg/dia repartida em várias doses.

Apresentação

Comprimidos: 100mg

Solução injectável: 100mg/2ml, 250/5ml.

Suspensão oral: 6mg/ml



	Início	Pico	Duração
PO	2 – 24h (1 semana)	1,5-3h	6-12h
IV	1-2h (1 semana)	Rápido	12-24h
IM	Desconhecido	Errático	12-24h

Cuidados de Enfermagem

- Convulsões: Avaliar a localização, duração, frequência e as características da actividade convulsiva.
- Nevralgia do trigémeo: avaliar a dor (localização, duração, intensidade, factores desencadeantes) antes e periodicamente ao longo da terapêutica.
- Avaliar a higiene oral. Uma higiene oral vigorosa nos 10 dias seguintes ao início da terapêutica com a fenitoína pode ajudar a controlar a hiperplasia gengival.
- Avaliar a síndrome de hipersensibilidade à fenitoína (febre, erupção cutânea, linfadenopatia). O aparecimento de erupção cutânea surge normalmente nas 2 primeiras semanas após início da terapêutica. A síndrome de hipersensibilidade normalmente ocorre 3-8 semanas, mas por vezes também 12 semana, após início da terapêutica. Pode levar a insuficiência renal, rabdomiólise ou a necrose hepática; pode ser fatal.

Diagnósticos de Enfermagem

- Risco de lesão
- Mucosa oral prejudicada

Procedimentos:

Implementar as precauções necessárias em caso de convulsões.

PO: Administrar às refeições ou imediatamente após às refeições para minimizar a irritação GI. Misturar bem as preparações líquidas antes de as utilizar. Utilizar uma



medida calibrada para obter exactamente a dose desejada. Os comprimidos mastigáveis devem ser bem esmagados ou bem mastigados antes de serem deglutidos. Nos doentes com dificuldade em deglutir as cápsulas podem ser abertas e misturadas com alimentos ou com líquidos.

Para prevenir o contacto directo do fármaco alcalino com a mucosa, pedir ao doente para beber antes um líquido e só depois a mistura medicamentosa, bebendo ainda depois um copo cheio de água ou alimentos.

Não substituir os comprimidos mastigáveis de fenitoína por cápsulas de fenitoína sódica, elas não são bioequivalentes.

IV: O tom ligeiramente amarelado da solução não altera a sua potência. Quando guardado no frigorífico, pode formar um precipitado que se dissolve após aquecimento à temperatura ambiente. Rejeitar a solução que não estiver límpida.

Para prevenir precipitação e minimizar irritação venosa local, prosseguir com perfusão de NaCl 0,9%. Evitar o extravasamento; a fenitoína tem um efeito caustico sobre os tecidos

IV directa: Administrar a um ritmo que não exceda os 50mg durante um min (25mg/min[pode ser a 5-10mg/min] nos doentes que possam ter hipotensão, com terapêutica simpaticomimética, com doença cardiovascular; 1-3mg/kg/min nos recém-nascidos). A administração rápida pode provocar hipotensão grave, um colapso grave ou depressão do SNC.

Perfusão intermitente: Administrar após diluição em 50 ml de NaCl 0,9% numa concentração de 1-10mg/ml. Administrar imediatamente após preparação.

Ritmo de Perfusão: Administrar a perfusão durante 1h a um ritmo que não exceda 50mg/min. Monitorizar função cardíaca e a pressão arterial ao longo da administração.,



Compatibilidade na derivação em Y

- Esmolol
- Famotidina
- Fluconazol
- Foscarneto
- Tracrolimus

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Ciprofloxacina
- Cloreto de potássio
- Diltiazem
- Gatifloxacina
- Enalaprilato
- Hidromorfona
- Linezolida
- Sufentanilo
- Vitamina B e C (complexo)

Incompatibilidade aditiva: Não misturar com outras soluções ou fármacos, especialmente dextrose devido ocorrência de precipitação.



7. Fenobarbital

Classificação: terapêutica anticonvulsivante, sedativos/hipnóticos

Indicações:

Anticonvulsivante nas crises convulsivas tónico-clónicas (grande mal), convulsões focais e febris das crianças. Sedação pré-operatória e noutras situações que exijam sedação. Hipnótico (curto prazo).

Ação:

- Produz diversos níveis de depressão do SNC.
- Deprime o córtex sensorial, diminui a actividade motora e altera a função cerebral.
- Inibe a transmissão no sistema nervoso e aumenta o limiar da convulsão.
- Capaz de induzir (acelerar) a actividade enzimática hepática responsável pelo metabolismo dos fármacos, bilirrubina e outros compostos

Efeitos terapêuticos: Actividade anticonvulsivante. Sedação.

Farmacocinética

Absorção: A absorção é lenta, mas relativamente completa (70-90%).

Distribuição: Desconhecida.

Metabolismo e Excreção: 75% metabolizado pelo fígado, 25% excretado sem alteração pelos rins.

Semi-vida: Recém-nascidos: 1,8-8,3 dias; bebés: 0,8-5,5 dias; crianças 1,5-3 dias; adultos: 2-6 dias.



Contra - Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade
- Doentes cromatosos ou com depressão do SNC preexistente.
- Doença respiratória grave com dispneia ou obstrução
- Dor grave não controlada
- Intolerância ao álcool (apenas para suspensão)

Precauções:

- Disfunção hepática
- Insuficiência Renal grave
- Doentes com ideação suicida ou com antecedentes de dependência de fármacos
- Uso como hipnótico deve ser de curta duração
- Uso prolongado pode levar a dependencia

Reações Adversas e Efeitos Laterais

SNC: sonolência, letargia, vertigens, depressão, ressaca, excitação , delírio

Respiratório: depressão respiratória, quando administrado IV podeocorrer laringoespasmos, broncoespasmos

Cardiovascular: hipotensão (aumentada com fenobarbital IV)

Gastrointestinal: nauseas, vômitos, diarreia, obstipação, hepatite

Dermatológico: erupções cutâneas, urticária, fotossensibilidade

Musculo Esquelético: mialgia, artralgia, nevralgia

Outros: reacções de hipersensibilidade incluindo angioedema e doença do soro, dependência física, dependência psicológica.



Interações

Fármaco - Fármaco:

- Depressão do SNC aditiva com outros depressores do SNC, incluindo álcool, anti-histaminicos, opiáceos e outros sedativos /hipnóticos.
- Pode induzir enzimas hepáticas que metabolizam outros fármacos, a sua eficácia, incluindo contraceptivos orais, varfarina, cloranfenicol, ciclosporina, dacarbazina, corticosteroides, antidepressivos tricíclicos, clonazepam, carbamazepina, verapamil, teofilina, metronidazol e quinidina.
- Pode aumentar o risco de toxicidade hepática do paracetamol
- Os IMAO's, o ácido valproico ou o divalproex podem diminuir o metabolismo do fenobarbital aumentando a sedação.
- A rifampina pode aumentar o metabolismo e diminuir os efeitos do fenobarbital
- Pode aumentar o risco de toxicidade hematológica com a ciclofosfamida.

Produtos Naturais

- O uso concomitante de Kava, valeriana, estramónio, camomila, ou lúpulo pode aumentar a depressão do SNC. O hipericão pode diminuir os feitos.

Via de administração e Posologia

Estado Epiléptico

IM, IV (Adultos e crianças > 1mês): 15-18 mg/kg em dose única ou repartidos em várias doses, dose de carga máxima de 20mg/kg.

IV (recém-nascidos): 15-20mg/kg em dose única ou repartidos em várias doses.

Anticonvulsivante de manutenção

PO, IV (adultos e crianças > 12anos): 1-3mg/kg/dia em dose única ou repartidos em 2 doses



PO, IV (crianças 5-12 anos): 4-6 mg/kg/dia repartidos em 1-2 doses

PO, IV (crianças 1-5anos): 6-8mg/kg/dia repartidos em 1-2 doses

PO, IV (bebés): 5-6mg/kg/dia repartidos em 1-2 doses.

PO, IV (recém-nascidos): 3-4mg/kg/dia 1 vez dia, pode ser necessário aumentar até 5mg/kg/dia na 2ª seman de terapêutica.

Sedação

PO, IM (adultos): 30-120mg/dia repartido em 2-3doses. Sedação pré-operatória – 100-200mg via IM, 60-90min antes da intervenção.

PO (crianças): 2mg/kg 3vezes dia. Sedação pré-operatória – 1-3mg/kg PO,IM,IV, 60-90min antes da intervenção

Hipnótico

PO, SC, IV, IM (adultos): 100-320mg ao deitar

IV,IM, SC (crianças): 3-5mg/kg ao deitar

Hiperbilirrubinemia

PO (adultos): 90-180mg/dia repartidos em 2-3 doses

PO(craianças <12anos): 3-8mg/kg/dia repartidos em 2-3doses, têmsido usadas doses ate 12mg/kg/dia

Apresentação

Comprimidos: 15mg, 20mg, 100mg, 200mg

Solução injectável: 40mg/1ml, 30mg/2ml,100mg/1ml, 100mg/2ml, 200mg/1ml e 200mg/2ml. Em combinação com aminofilina, efedrina



Suspensão oral: 6mg/ml

	Início	Pico	Duração
PO	30-60min	Desconhecido	➤ 6h
IV	5min	30min	4-6h
IM, SC	10-30min	Desconhecido	4-6h

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

- Monitorizar frequentemente o estado respiratório, a pulsação e a pressão arterial nos doentes que recebem fenobarbital IV. O material de reanimação e de ventilação artificial devem estar disponíveis para uso imediato. A depressão respiratória depende da dose.
- Convulsões: Monitorizar a localização, a duração e as características da crise de epilepsia
- Sedação: Avaliar o nível de consciência e de ansiedade quando usado como sedativo pré-operatório
- Avaliar a dor no pós-operatório. O fenobarbital pode aumentar a resposta aos estímulos dolorosos.

Diagnósticos de Enfermagem

- Risco de lesão

Procedimentos:

- Supervisionar o ambulatório e a transferência do doente após administração. As grades laterais da cama devem estar subidas e a campainha sempre ao alcance do doente. Manter a cama numa posição baixa. Instituir precauções para a ocorrência de convulsões.



- Na transição do fenobarbital para um outro anticonvulsivante, diminuir progressivamente a dose de fenobarbital à medida que se aumenta concomitantemente a dose do outro fármaco de modo a manter os efeitos anticonvulsivantes.
- PO: Nos doentes com dificuldade em deglutir os comprimidos podem ser esmagados e misturados com alimentos ou líquidos (não administrar em seco). A solução oral pode ser tomada sem diluir ou misturada com água, leite ou sumo de fruta. Usar medidas graduadas para obter doses líquidas exactas.
- IM: A administração IM deve ser em profundidade no músculo glúteo para minimizar a irritação dos tecidos. Não injectar mais de 5ml em nenhum local, devido ao potencial para causar irritação dos tecidos.
- IV: As doses podem necessitar de 15-30 min até atingirem o pico das concentrações no cérebro. Para prevenir uma depressão cumulativa induzida pelo barbitúrico, administrar a dose mais baixa e esperar pela resposta antes de administrar a segunda dose.
- IV Directa: Reconstituir o pó estéril da dose IV com um mínimo de 3ml de água estéril para preparações injectáveis. Voltar a diluir com 10ml de água esterilizada para preparações injectáveis. Não utilizar soluções que não se apresentem totalmente límpidas no período de 5min após a reconstituição ou que contenham precipitados. Rejeitar o pó ou a solução que tenha estado exposta ao ar mais de 30 minutos.
- A solução é altamente alcalina; evitar extravasamento, já que pode provocar danos e necrose tecidular. Se extravasar pode ser indicado injectar solução de procaína 5% na zona afectada e aplicar calor húmido.
- **Ritmo de administração:** Administrar cada 60mg durante pelo menos 1 minuto. Titular lentamente a dose desejada. A administração rápida pode provocar depressão respiratória.
- Compatibilidade na derivação em Y

- Enalaprilato
- Gatifloxacina
- Levofloxacina
- Linezolida
- Meropenem
- Propofol
- Sufentanilo

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Hidromorfina

8. Propofol

Classificação: terapêutica: anestésicos gerais

Indicações:

- Indução de anestesia geral.
- Manutenção de anestesia balanceada quando usado com outros fármacos.
- Iniciação e manutenção de cuidados anestésicos monitorizados.
- Sedação de doentes entubados, ventilados mecanicamente em UCI's.

Ação: hipnótico de curta duração. O mecanismo da acção é desconhecido. Produz amnésia. Não tem propriedades analgésicas.

Efeitos terapêuticos: Indução e manutenção de anestesia.

Farmacocinética

Absorção: É apenas administrado por via IV, resultando uma absorção completa.



Distribuição: Rápida e amplamente distribuído. Atravessa a barreira hematoencefálica; rapidamente redistribuídos nos outros tecidos. Atravessa a placenta e passa para o leite materno.

Ligação proteica: 95-99%

Metabolismo e Excreção: rapidamente metabolizado pelo fígado.

Semi-vida: 3-12h (semi-vida do equilíbrio hematoencefálico 2,9 min).

Contra - Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade ao propofol, ao óleo de soja, à lecitina do ovo e a glicerol.
- Trabalho de parto.

Precauções:

- Doença cardiovascular;
- Perturbações lipídicas (a emulsão pode ter efeito nocivo);
- Aumento da pressão intracraniana;
- Perturbações cerebrovasculares;
- Crianças <3 anos (para indução da anestesia);
- Crianças <2 meses (manutenção anestesia);

Reações Adversas e Efeitos Laterais

SNC: tonturas e cefaleias;

Respiratório: apneia, tosse

Cardiovascular: bradicardia, hipotensão, hipertensão



Gastrointestinal: náuseas, vômitos, cólicas, soluços

Dermatológico: rubor.

Musculo Esquelético: mioclonia perioperatoria, movimentos involuntários dos músculos

Outros: febre

Local: dor, sensação de queimadura, ardor, formiguelo no local de administração IV, dormência, sensação de frio.

Interações

Fármaco - Fármaco:

- Depressão aditiva do SNC e depressão respiratória aditiva com álcool, antihistamínicos, opíacos e sedativos/hipnóticos (é recomendada uma redução da dose).
- A teofilina pode antagonizar os efeitos sobre o SNC do propofol.
- O propofol pode aumentar as concentrações séricas de alfentanil.
- Instabilidade cardiorespiratória pode ocorrer quando usado com a acetazolamida
- Pode ocorrer bradicardia grave com o uso concomitante de fentanil em crianças.
- Aumento do risco de hiperglicéridemia com a emulsão oleosa intravenosa.

Via de administração e Posologia

Anestesia geral

IV (crianças ≥ 3 anos – 16 anos): indução – 2,5 a 3,5 mg/kg; usar doses mais baixas em crianças ASA III ou IV.

IV (crianças 2 meses- 16 anos): manutenção – 200 a 300 mcg/kg/min (após os primeiros 30 min de manutenção, o ritmo de administração deve ser diminuído para 125-150

mcg/kg/min, se for possível); crianças mais novas podem requerer ritmos de perfusão mais rápidos comparativamente a crianças mais velhas.

Sedação em cuidados anestésicos monitorizados

IV (doentes de grau ASA III/IV): iniciação – usar ritmos de perfusão ou de injeção mais lentos. Manutenção – 20% menos do que a dose normal de um adulto; os bólus rápidos/repetidos devem ser evitados.

Sedação

IV (adultos): 5 mcg/kg/min durante o mínimo de 5 min. Podem ser administrados incrementos adicionais de 5-10 mcg/kg/min durante 5-10 min até que seja obtida a resposta desejada. (intervalo de 5-50mcg/kg/min). A dose deve ser reavaliada de 24/24 horas.

Apresentação

Emulsão injectavelou para perfusão: 10 mg/ml, 20 mg/ml (10 ml, 20 ml, 50 ml, 100 ml).

Perfil de actuação: perda de consciência

	Início	Pico	Duração
IV	40 Segundos	Desconhecido	3-5 min

* Tempo de recuperação é de 8 min (até 19 min se tiver sido usado anestésico opiáceo).

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

- Monitorizar o estado respiratório, o pulso e a pressão arterial continuamente durante a terapêutica com propofol. Provoca frequentemente apneia com



duração ≥ 60 segundos. Manter as vias aéreas desimpedidas e a ventilação adequada. O propofol deve ser usado apenas por profissionais de saúde com experiência na intubação endotraqueal e o equipamento para este procedimento para este procedimento deve ser sempre disponível.

- Avaliar o grau de sedação e o nível de consciência durante a administração.
- Toxicidade e sobredosagem: se ocorrer sobredosagem, monitorizar o pulso, a respiração e a pressão arterial continuamente. Manter a patência das vias respiratórias e se necessário usar ventilação assistida. Se ocorrer hipotensão, o tratamento inclui líquidos por via IV, reposição e vasopressores.

Diagnósticos de Enfermagem

- Padrão respiratório ineficaz (reações adversas)
- Risco de lesão (efeitos laterais)

Procedimentos:

- Titular a dose para obtenção de resposta por parte do doente.
- O propofol não tem efeitos no limiar da dor, pelo que deve ser sempre usada analgesia adequada quando o propofol é usado em procedimentos cirúrgicos.
- **IV directa:** agitar bem antes de usar. Se for diluído antes da administração, usar apenas D5% e diluir para obter a concentração não inferior a 2mg/ml. A solução é opaca o que torna difícil a detecção de contaminantes. Não usar se for evidente a separação da emulsão. Não contém conservantes; manter as condições de esterilização e usar logo após a preparação. Rejeitar a solução não usada assim como o material IV no fim do procedimento ou nas 6h seguintes. Para a sedação em UCI, rejeitar após 12h se a administração tiver sido feita directamente do frasco ou após 6h se tiver sido transferida para seringa ou outra embalagem.



- A técnica asséptica é essencial. A solução é capaz de desenvolver rapidamente uma contaminação bacteriana. Há relatos de infecções e de mortes subsequentes.
- Causa frequentemente dor, sensação de queimadura e ardor no local IV, aplicar em veias de grande calibre no antebraço, dobra antecúbica ou num cateter IV dedicado. O médico pode indicar 10-20mg de lidocaina por via IV antes da injeção para minimizar a dor. Ritmo de administração: administrar durante 3-5 min. Titular até obtenção do grau e sedação desejado.
- **Perfusão contínua/ intermitente:** pode ser administrada tanto como perfusão contínua como intermitente. Os despertares e a monitorização da função do SNC deverão ser feitos diariamente durante a manutenção para determinação da dose mínima necessária para a sedação. Manter um ligeiro nível de sedação durante estas avaliações, não suspender a terapêutica. A suspensão abrupta pode causar um despertar rápido, com ansiedade, agitação e resistência à ventilação mecânica.
- **Compatibilidade de solução:** D5%, lactato de Ringer, D5%/lactato de Ringer, D5%/NaCl 0,45% ou D5% NaCl 0,2%.
- **Compatibilidade na derivação em Y:**
 - Aciclovir;
 - Adrenalina;
 - Alfentanil;
 - Ampicilina;
 - Aztreonam;
 - Bicarbonato de Sódio;
 - Bumetanida;
 - Buprenorfina;
 - Butorfanol
 - Carboplatina
 - Cefazolina
 - Cefepima
 - Cefoperazona
 - Cefotaxima
 - Cefotetano
 - Cefoxitina
 - Ceftazidima
 - Ceftizoxima
 - Ceftriaxona
 - Cefuroxima
 - Cetamina
 - Cloreto de Potássio
 - Clorpromazina
 - Cimetidina
 - Cisplatina
 - Clindamicina
 - Ciclofosfamida
 - Ciclosporina





- Citarabina
- Dexametasona (fosfato de sódio)
- Difenidramina
- Dobutamina
- Dopamina
- Doxiciclina
- Droperidol
- Enalaprilato
- Escopolamina
- Esmolol
- Famotidina
- Fenobarbital
- Fentanil
- Fluconazol
- Fluorouracilo
- Furosemida
- Ganciclovir
- Glicopirrolato
- Gluconato de cálcio
- Granisetrom
- Haloperidol
- Heparina
- Hidrocortizona (succinato de sódio)
- Hidromorfona
- Ifosfamida
- Imipenemo/cilastatina
- Inamrinona
- Insulina
- Isoprenalina
- Labetalol
- Levorfanol
- Lidocaína
- Lorazepam
- Manitol
- Meperidina
- Milrinona
- Nafcilina
- Nalbufina
- Naloxona
- Nitroglicerina
- Nitroprussiato
- Noradrenalina
- Ofloxacina
- Paclitaxel
- Pentobarbital
- Piperacilina
- Prochlorperazina
- Propranolol
- Ranitidina
- Succinilcolina
- Sufentanil
- Sulfato de magnésio
- Ticarcilina
- Ticarcilina/clavulanato
- Vecurónio.

• **Incompatibilidade na derivação em Y:**

- Amicacina
- Anfotericina
- Atracúrio
- Ciprofloxacina
- Cloreto de cálcio
- Diazepam
- Digoxina
- Doxorubicina



- Fenitoína
 - Gentamicina
 - Levofloxacina
 - Metotrexato
 - Metilprednisolona
(succinato de sódio)
 - Metoclopramida
 - Minociclina
 - Mitoxantrona
 - Plasma
 - Sangue
 - Tobramicina
 - Verapamil.
- **Incompatibilidade aditiva:** o laboratóri produtor não recomenda a mistura de propofol com outras medicações.



9. Vecurónio

Classificação: Agente bloqueador neuromuscular

Indicações: Relaxamento musculo-esquelético/ paralesia em crianças que necessitam de ventilação mecânica. Os efeitos desejáveis são melhor oxigenação/ventilação, diminuição das flutuações no fluxo sanguíneo cerebral.

Dose e Administração: apresentação – 1 ampola 10 mg, 1mg/ml. 1 ml + 9 ml SF = 0,1mg/ml.

0,1mg/Kg (0,03 a 0,15 mg/Kg) bolus IV, como necessário para a paralesia. Os intervalos habituais são de 1 a 2 horas. Ajustar a dose sempre que necessário baseado na duração da paralesia.

Efeitos adversos/ precauções: Hipoxémia pode ocorrer devido a inadequada ventilação mecânica, ou problemas no mecanismo pulmonar. Quando usados isoladamente efeitos cardiovasculares são mínimos. Contudo diminuição no ritmo cardíaco e pressão sanguínea foram observados quando usado conjugados com narcóticos.

Farmacologia: O vecuronio é um relaxante muscular não despolarizante que competitivamente antagoniza os receptores colinérgicos autônomicos. Estimulação simpática é mínima. O vecurónio é metabolizado rapidamente no fígado a desacetilvecurónio, que é 50 a 70% ativo e é excretado pelo rim. Recém-nascidos particularmente os prematuros, são especialmente sensíveis ao vecurónio. Esta sensibilidade diminui com a idade. A sua ação inicia-se 1 a 2 minutos após administração. A duração do seu efeito é prolongada com doses elevadas e nos recém-nascidos. Relaxamento musculo-esquelético/ paralesia é revertido através da neostigmina e da atropina.

Factores que afectam duração do bloqueio neuromuscular



Potencialização: acidose, hipotermia, doença neuromuscular, doença hepática, doença cardiovascular, aminoglicosídeos, hipocaliemia, hipermagnesiemia, falência renal, e idades mais jovens.

Antagonização: alcalose, epinefrina e hipercaliemia.

Sensibilidade não é afectada, pelo que para procedimentos dolorosos se deve usar analgesia.

Considerações especiais/preparação

4mg; 10mg-IV (Norcuron)

4mg IV (Brometo de Vecurónio)

Recstituição: IV- 1ml (4 mg); 5 ml (10 mg) de água para injectáveis. Para obter uma concentração mais baixa: 4ml (4mg); 10ml (10mg), de glicose a 5%, Cloreto de sódio 0,9%, lactato de ringer; lactato de ringer e glicose a 5%; glicose a 5% com cloreto de Sódio a 0,9%.

Diluição/ administração: IV- administrar de forma rápida.

Perfusão – diluir 10-20 mg em 100 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%; solução de ringer. Concentração = 0,1-0,2 mg/ml.

Estabilidade após reconstituição/ diluição: 24 horas à temperatura ambiente.

Observações: pH=4. Instável em soluções alcalinas.

Armazenamento à temperatura ambiente e ao abrigo da luz.

Compatibilidade em Y: Aminofilina, amiodorona, cefazolina, cefoxitina, cimetidina, ciprofloxacina, dobutamina, dopamina, adrenalina, esmolol, fentanil, fluconazol, gentamicina, heparina, hidrocortisona, isoproterenol, linezolid, lorazepam, midazolam,

morfina, milrinona, nicardipina, nitroglicerina, propofol, nitroprussiato, ranitidina, vancomicina.

Incompatibilidades: diazepam, furosemida e bicarbonato de sódio.

Monitorização: Monitorizar frequentemente Sinais Vitais e TA constantemente. Usar lubrificante ocular.

10. Tiopental

Classificação: Anestésico; Barbitúrico de acção curta.

Indicações: Utilizado para anestesia geral (para procedimentos de curta duração); convulsão (após anestesia).

Ação:

- Tem acção ultracurta.
- Deprime o sistema nervoso central, produz hipnose e anestesia.
- Não tem efeito analgésico.
- Parece actuar aumentando as respostas ao ácido aminobutírico (GABA).

Farmacocinética

Absorção: após administração IV, o início da sua acção (hipnose ou inconsciência) ocorre em cerca de 10-40 segundos, sendo que o pico de acção ocorre em cerca de 1 minuto, durando a anestesia cerca de 5-8 minutos. A duração da acção de uma única dose é principalmente determinada pela sua redistribuição no SNC, mais do que o seu ritmo de eliminação. Contudo, a duração do efeito anestésico é prolongado pela administração de tiopental por repetidas administrações ou em perfusão contínua, pois acumula-se no tecido adiposo.



Distribuição: O tiopental é rapidamente distribuído por todos os tecidos e fluidos com elevadas concentrações no cérebro e fígado. A lipossolubilidade do tiopental e também a sua afinidade com proteínas são os factores dominantes na distribuição do medicamento pelo corpo.

Metabolismo e Excreção: A eliminação do tiopental é complexo. Após a administração de pequenas doses de tiopental, a droga parece diminuir de forma monoexponencial, com uma meia-vida de cerca de 3-22 horas. Após administração por bolus, na fase de distribuição rápida, o tiopental equilibra-se em rapidamente em órgãos muito vascularizados (ex.: SNC), enquanto que na fase de distribuição lenta, o medicamento equilibra-se entre os órgãos muito vascularizados e tecido adiposo. Nos adultos, a meia-vidamédia na fase inicial de distribuição e na fase de distribuição lenta é de cerca de 1.7–13.2 e 39.5–161.4 minutos, respectivamente. Nos pacientes pediátricos (5 meses a 13 anos de idade), a meia-vida do tiopental foi cerca de metade do tempo de meia vida dos adultos (cerca de 6 horas). Contudo, o tempo de meia vida nos recém-nascidos duplicou quando comparado com o das suas mães (cerca de 15 horas). O tiopental é metabolizado principalmente no fígado (pelo citocromo P-450 [CYP]) e também a um nível menor em outros órgãos e tecidos (ex.: rins e cérebro).

Contra- Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade ao produto;
- Paciente sensível a outros barbitúricos;
- Porfíria intermitente aguda;
- Quando a anestesia geral for contra-indicada.

Precauções:

- Gravidez



- Amamentação

Avaliar Riscos X Benefícios do Tiopental

- Anemia grave;
- Choque;
- Crianças;
- Disfunção respiratória, cardíaca, circulatória, renal ou hepática;
- Doença de addison;
- Excesso de medicação pré-anestésica;
- Hipotensão;
- Idosos;
- Mixedema.
- **Extrema cautela:** estado asmático.

Reações Adversas e Efeitos Laterais

- Depressão do miocárdio;
- Depressão respiratória;
- Estreitamento da laringe;
- Espirros;
- Perturbação do ritmo cardíaco;
- Sonolência prolongada;
- Tosse;
- Tremor;
- Estreitamento dos brônquios e bronquíolos.



Interações

- É incompatível com: **alcurônio**.
- Pode potencializar ou provocar efeitos aditivos na depressão do SNC causado por: sedativos; hipnóticos; anti-histamínicos; opióides; fenotiazinas; benzodiazepinas; **álcool**; sulfato de magnésio; **outros medicamentos depressores do sistema nervoso central**.
- Pode ter efeitos aditivos hipotensores com: anti-hipertensivos; diuréticos; medicação que produz hipotensão.
- Pode aumentar os riscos de queda de temperatura com: medicamentos que causam hipotermia.
- Pode aumentar os riscos de diminuição da temperatura e/ou depressão respiratória com cetamina.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Descontinuar o uso houver colapso vascular periférico, parada respiratória ou sinais de hipersensibilidade.
- Soluções de succinilcolina, tubocurarina ou atropina não devem ser misturadas ao tiopental, mas podem ser administradas simultaneamente no paciente.
- Para testar sensibilidade, recomenda-se um pequeno teste aplicando 25 a 75 mg do produto antes de administrá-lo totalmente.
- É aconselhável a administração de um derivado da beladona, na pré-anestesia, sempre que o tiopental for usado para induzir a anestesia geral, para diminuir o risco de laringismo.
- Se não for possível controlar o paciente com doses moderadas do produto, deve-se administrar um agente anestésico suplementar, ou recorrer a outra técnica de anestesia. Insistir com o tiopental pode conduzir a uma recuperação indevidamente prolongada ou a complicações que poderiam ser evitadas



Reconstituição e administração:

- **Administração IV:** O tiopental injectavel é geralmente administrado por via IV directa ou por perfusão continua. Deve ser administrado lentamente (durante 20 a 30 segundos) por IV directa, para diminuir depressão respiratória e a possibilidade de sobredosagem. Quando usando perfusão contínua, a profundidade da anestesia é controlada pelo ritmo de perfusão. Quando o tiopental é utilizado, avaliação clinica da profundidade da anestesia é baseada na resposta a estímulos verbais, alterações do EEG, sinias autonomicos, reflexo palpebral e movimento.
 - Para administração IV intermitente, o tiopental em pó para injectavel deve ser reconstituído com água para injectaveis, SF, ou dextrose a 5%, numa concentração de 2-5% (geralmente 2 ou 2,5%). Para preparar soluções a 2% (20mg/ml), seringas contendo 0,4, 1, 2.5 ou 5g de thiopental deem ser reconstituídos com 20, 50, 125 ou 250 ml, respectivamente. Para preparar soluções a 2.5% (25 mg/ml), seringas contendo 0.25, 0.5, 1,2.5 ou 5g de tiopental devem ser reconstituídos com 20 ou 100 ml respectivamente.
 - Para administração por perfusão continua IV, o pó para injectaveis deve ser reconstituído com SF, dextrose 5%, ou Normosol[®]-R (ph 7.4) para uma concentração de 0.2 – 0.4%. Para preparar soluções a 0.2% (2mg/ml), 1g de tiopental deve ser reconstituído com 500 ml. Para uma solução a 0.4%, (4mg/ml) 1 ou 2g devem ser reconstituídos com 250ou 500ml respectivamente.
 - Uma solução de thiopental a 3.4% em água para injectaveis é isotonica. Assim, água esterilizada para preparação de injectaveis nao deve ser utilizada para preparações com concentrações menores de 2%, pois o uso das resultantes soluções hipotonicas causará hemolise.
 - Como o tiopental comercializado não contém conservantes, técnica asseptica deve ser utilizada na preparação e utilização destas soluções; as soluções reconstituídas que não tenham sido usadas imediatamente devem ser descartadas após 24 horas. As soluções de tiopental devem ser inspeccionadas visualmente



antes da administração para averiguar a existência de partículas e descoloração, sendo que se tais existirem as soluções não devem ser utilizadas.

- Cuidados devem ser tomados para evitar extravasamento ou administração intra-arterial. A administração deste fármaco deve ser interrompida imediatamente. O extravasamento do tiopental pode causar irritação química dos tecidos perivasculares (possivelmente associado com a sua elevada alcalinidade [pH de 10-11]), o que pode resultar em reacções locais variando entre ligeiro desconforto a venospasmo e necrose extensa. Se tal extravasamento ou administração inadvertida ocorre, está recomendada a administração de calor húmido e administração de hidrócloridrato de procaina a 1 % no local afectado. Inadvertida administração intra-arterial pode causar arteriospasmo e dor severa ao longo da artéria afectada. A necrose resultante pode evoluir para gangrena.

- O tiopental de sódio deve ser armazenado com temperatura ambiente entre os 15 e os 30°C.

- Após reconstituição com água para injetáveis, SF ou dextrose a 5%, soluções a 2-5% são fisicamente e quimicamente estáveis durante 3 dias a temperatura ambiente (18-22°C) ou 7 dias quando refrigerado a 5-6°C. Contudo, como o tiopental não tem conservantes, a contaminação microbiana das soluções reconstituídas deve ser considerada, sendo que estas soluções devem ser descartadas nas 24 horas seguintes à preparação.

11. Midazolam

Classificação: Ansiolítico; Sedativo/hipnótico (benzodiazepina)

Indicações: Ajuda na introdução da anestesia como parte de uma anestesia equilibrada. Em perfusão contínua, fornece sedação em doentes ventilados mecanicamente. PO: sedação antes de procedimentos e ansiolítico em doentes pediátricos; IM, IV: usado para provocar a sedação pré-operatória, ansiólise e amnésia pós-operatória; IV: fornece sedação/ansiólise/amnésia durante a terapêutica, diagnóstico, ou procedimentos radiológicos (sedação consciente).

Ação:

- Actua em vários níveis do SNC produzindo depressão generalizada do mesmo;
- Como efeitos terapêuticos temos a sedação a curto prazo e a amnésia pós-operatória;
- O seu efeito pode ser mediado pelo ácido gama-aminobutírico, um neurotransmissor inibitório;

Farmacocinética

Absorção: A administração IV resulta numa completa biodisponibilidade. Bem absorvido sofrendo intensa metabolização intestinal e de primeira passagem hepática.

Distribuição: Atravessa a barreira hematoencefálica e a placenta.

Ligação a proteínas: 97% de ligação às proteínas.

Metabolismo e Excreção: Metabolizado pelo fígado, excretado na urina.

Contra- Indicações e Precauções

Contra- Indicações:

- Hipersensibilidade
- Sensibilidade cruzada com outras benzodiazepinas
- Choque
- Doentes que já tiveram depressão do SNC



- Dor grave incontrolável
- Gravidez
- Glaucoma de ângulo estreito agudo.

Precauções:

- Doença Pulmonar;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva, Renal, Hepática Grave;
- Doentes geriátricos (especialmente doentes com idade > 70 anos) estão mais susceptíveis à depressão respiratória, sendo necessária uma redução da posologia;

- Crianças (segurança não estabelecida)

Reacções Adversas e Efeitos Laterais

SNC: cefaleias, excesso de sedação, sonolência, agitação.

ORL: visão turva.

Respiratórias: tosse, espasmos da laringe, espasmos brônquicos, depressão respiratória, apneia.

Cardiovascular: arritmias, paragem cardíaca.

Gastrointestinal: soluços, náuseas, vómitos.

Dermatológico: erupções.

Local: dor no local se IM, flebite no local IV.

Interações

Fármaco - Fármaco:



- Depressão aditiva do SNC com álcool, anti-histamínicos, opiáceos e outros sedativos/hipnóticos (se for usado em simultâneo diminuir a dose de midazolam em 30-50%).
- Aumentado o risco de hipotensão com antihipertensores, ingestão aguda de álcool ou de nitratos.
- Carbamazepina, fenitoína, rifampina, rifabutina, e fenobarbital diminuem os níveis de midazolam.
- Eritromicina, cimetidina, ranitidina, diltiazem, verapamil, fluconazol, itraconazol e cetoconazol diminuem o metabolismo do midazolam e podem aumentar os seus efeitos.

Farmaco-alimento:

- O sumo de toranja diminui o metabolismo e pode aumentar os efeitos do midazolam.

Via de administração e Posologia

Sedação pré-operatória/ Ansiolítico/ Amnésia

- PO (crianças 6 meses-16 anos): mais velhos (6-16 anos), doentes mais cooperantes -0,25-0,5 mg/kg; mais novos, menos cooperantes podem necessitar até 1mg/kg (a dose não deve exceder os 20mg); doentes com compromisso cardíaco/respiratório ou depressão do SNC – 0,25 mg/kg.

IM (adultos):

- 70-80 mcg/kg 1h antes da cirurgia (dose normal de 5mg).

IM (adultos com idade igual ou superior a 60 anos, doentes debilitados ou crónicos):

- 20-30 mcg/kg 1h antes da cirurgia (dose normal de 5 mg).

IM (crianças):



- 100-150 mcg (0,01-0,15 mg)/ kg até 500 mcg (0,5 mg)/kg. Não exceder 10 mg/dose.

Sedação consciente para procedimentos curtos

IV (adultos e crianças > 12 e < 60 anos):

- 1-1,5 mg, de único, se necessário a posologia pode ser aumentada. Raramente são necessárias doses > 3,5 mg (reduzir a dose em 30% se forem usados outros depressores do SNC). As doses de manutenção de 25% da dose necessária para a sedação inicial podem ser administradas se for necessário.

IV (doentes geriátricos com idade superior ou igual a 60 anos, doentes debilitados ou crónicos):

- 1-2,5 mg inicialmente, a posologia pode ser aumentada se necessário. As doses totais > 5 mg são raramente necessárias (reduzir a dose em 50% se forem usados outros depressores do SNC). As doses de manutenção de 25% da dose necessária para a sedação inicial podem ser administradas se necessário.

Sedação consciente para procedimentos curtos ou antes da anestesia

IV (crianças 6-12 anos):

- 50-100 mcg (0,05-0,1 mg)/kg. Não exceder as 600 mcg/kg de dose total.

IV (crianças 6 meses-5 anos):



- 25-50 mcg/kg inicialmente, podem ser necessários até 400 mcg/kg de dose total (não exceder 10 mg de dose total).

Indução da anestesia (complemento)

Se necessário pode ser administrada uma dose adicional correspondente a 25% da dose inicial.

IV (adultos < 55 anos):

- 300-350 mcg/kg, de início (até o total de 600 mcg/kg). Se o doente estiver pré-medocado, a dose inicial deve ser reduzida.

IV (doentes geriátricos >55 anos):

- 150-300 mcg/kg como dose inicial. Se o doente estiver pré-medocado, a dose inicial deve ser reduzida.

IV (adultos – debilitados):

- 150-250 mcg/kg como dose inicial. Se o doente estiver pré-medocado a dose inicial deve ser reduzida.

Sedação numa unidade de cuidados intensivos

IV (adultos):

- 10-50 mcg/kg (0,5-4 mg na maioria dos adultos) inicialmente se for necessária uma dose de indução; pode ser repetido em cada 10-15 minutos até que o efeito pretendido seja obtido; pode ser seguido pela perfusão de 20-100 mcg/kg/h (1-7 mg/h na maioria dos adultos).

IV (crianças):

- Apenas doentes intubados: 50-200 mcg/kg inicialmente como dose de indução; seguido pela perfusão de 60-120 mcg/kg/min (1-2 mcg/kg/min).



IV (recém-nascidos > 32 semanas):

- Apenas doentes intubados: 60 mcg/kg/h (1mcg/kg/min).

IV (recem-nascidos < 32 semanas):

- Apenas doentes intubados: 30 mcg/kg/h (0,5mcg/kg/min).

Cuidados de Enfermagem

Monitorização/ avaliação inicial

- Avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica e 2-6h após o seu fim;
- Monitorizar a pressão arterial, o pulso e a respiração durante a administração IV. O oxigénio e o equipamento de recuperação devem estar sempre disponíveis.
- Toxicidade e Sobredosagem: no caso de ocorrer sobredosagem, monitorizar continuamente a pressão arterial, o pulso e a respiração. Manter as vias respiratórias desimpedidas e se necessário ventilar o doente. Se ocorrer hipotensão, o tratamento inclui a reposição, dos líquidos por via IV, e vasopressores.
- Os efeitos do midazolam podem ser revertidos com flumazenil.

Procedimentos:

IM: Administrar as doses profundamente na massa muscular.

IV directo: Administrar sem diluição ou diluído em D5%, NaCl 0,9% ou injectável de lactato de Ringer através da derivação em Y ou de torneira de 3 vias. Quando



administrado em simultâneo com analgésicos opiáceos, a dose deve ser reduzida em 30-50%.

- Ritmo de perfusão: Administrar cada dose lentamente durante pelo menos 2 minutos. Monitorizar atentamente o local IV para evitar extravasamento. Titular conforme a resposta do doente. A injeção rápida, especialmente em recém-nascidos, tem provocado hipotensão severa.

Perfusão contínua: Diluir 5mg/ml para obtenção de uma concentração de 0,5 mg/ml com NaCl 0,9% ou D5%. 3ml (250mg) de amiodarona a 100ml de D5% para uma concentração de 1,5mg/ml.

- Ritmo de perfusão: o ritmo de perfusão normal é de 0,02-0,1 mg/kg/h (1-7mg/h). Titular até ao nível desejado de sedação. Avaliar a sedação em intervalos regulares e ajustar o ritmo aumentando ou diminuindo em 25-50% conforme a necessidade. A dose deve ser diminuída em 10-25% após algumas horas até encontrar o ritmo de perfusão mínimo eficaz, que previne a acumulação de midazolam e fornece uma rápida recuperação depois do fim da administração.
 - No caso de doentes pediátricos, o ritmo de 0,06-0,12 mg/kg/h (1-2 mcg/kg/min) pode ser aumentado ou diminuído em 25% com base na avaliação da sedação.
 - Nos recém-nascidos, o ritmo de 0,03 mg/kg/h (0,5 mcg/kg/min) é usado para os que tiverem uma idade <32 semanas e o ritmo de 0,06 mg/kg/min (1mcg/kg/min) é usado para os que tiverem idade > 32 semanas.

Compatibilidade em seringa:

- Atropina
- Benzoquinamida
- Buprenorfina
- Butorfanol
- Cimetidina
- Escopolamina



- Fentanil
- Glicopirrolato
- Hidromorfina
- Meperidina
- Metoclopramida
- Morfina
- Nalbufina
- Sufentanil
- Tietilperazina
- Trimetobenzamida

Incompatibilidade em seringa:

- Proclorperazina e ranitidina

Compatibilidade na derivação em Y:

- Amicacina
- Amiodarona
- Atracúrio
- Bumetanida
- Cefazolina
- Cefotaxima
- Cimetidina
- Ciprofloxacina
- Clindamicina
- Digoxina
- Dopamina
- Eritromicina
- Esmolol
- Etomidato
- Famotidina
- Fentanil
- Fluconazol
- Gentamicina
- Haloperidol
- Heparina
- Insulina
- Labetalol
- Metilprednisolona
- Metrodinazol
- Morfina
- Nitroglicerina
- Nitroprussiato
- Noradrenalina
- Gluconato de Cálcio
- Pancurónio
- Piperacilina
- Ranitidina
- Sufentanil
- Teofilina
- Tobramicina
- Vancomicina
- Vecurónio

Incompatibilidade na derivação em Y:

- Albumina
- Ampicilina
- Ceftazidina





- Cefuroxima
- Clonidina
- Dexametasona
- Floxacilina
- Foscarnet
- Furosemida
- Hidrocortisona
- Imipenem/
Cilastatina
- Metotrexato
- Nafcilina
- Omeprazol
- Bicarbonato de
Sódio
- Trimetropim
- Sulfametoxazol



12. Conclusão

Todo este trabalho científico bem como a respetiva metodologia seguida, procuraram apresentar de forma sintética, mas completa, alguns fármacos considerados fundamentais num serviço de urgência pediátrica.

Os fármacos divergem quanto à sua aplicabilidade e efeitos positivos ou negativos que possam causar. A sua administração requer muita precaução devido às possíveis contra-indicações que possam apresentar.

O produto final deste trabalho constitui um importante instrumento de trabalho que certamente irá contribuir para um melhor e mais rápido e eficaz desempenho de todos os enfermeiros do serviço de urgência pediátrica. Ainda será um guia que proporcionará a auto-formação e respetivo aprofundamento do conhecimento no âmbito do tema abordado.

Como referi anteriormente, limitei-me a apresentar apenas alguns fármacos devido à extensão e proporção que o trabalho foi adquirindo. Seria importante que num futuro este trabalho fosse enriquecido com a introdução de novos fármacos que se considerem pertinentes em urgências pediátricas.



13. Bibliografia

- Anjos, R.; Bandeira, T.; Marques, J. *Formulário de Pediatria*, 3ª edição. Revista actualizada.
- Ministério da Saúde (2010). *Prontuário Terapêutico – 9*. Infarmed.
- Deglin, J.; Waletzky, A. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*, 10ª edição. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO II

FORMAÇÃO A PARES – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Formação a pares
TRANSPORTE INTER - HOSPITALAR
Módulo III estágio – Neonatologia

Santa Maria da Feira, junho de 2013





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Formação a pares
TRANSPORTE INTER - HOSPITALAR
Módulo III estágio – Neonatologia

Aluna: Ana Gomes Fernandes Pereira

Orientadora: Enfermeiras Carla Silva e Mónica Gomes

Orientação tutorial de: Professora Isabel Quelhas

Santa Maria da Feira, junho de 2013



AGRADECIMENTOS

Agradeço toda a disponibilidade, dedicação e empenho que me têm prestado a minha tutora Professora Isabel Quelhas da Universidade Católica Portuguesa e as minhas orientadoras de estágio: Enfermeiras Carla Silva e Mónica Gomes, ambas especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, assim como a Enfermeira Chefe Ana Pinho.



ABREVIATURAS/SIGLAS

CHEDV – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

ECG – Eletrocardiograma

FC – Frequência cardíaca

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SBV – Suporte Básico de Vida

TAE – Tripulante de Ambulância de Emergência

TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro

TAT - Tripulante de Ambulância de Transporte

TIP – Transporte Inter –hospitalar Pediátrico

TA – Tensão arterial



INDICE

1. INTRODUÇÃO	Pág.11
2. COORDENAÇÃO E COMUNICAÇÃO	Pág.13
3. MEIOS DE TRANSPORTE	Pág.13
3.1.Critérios de escolha	
3.2.Vantagens e desvantagens	
4. EQUIPA DE TRANSPORTE	Pág.17
5. EQUIPAMENTO	Pág.18
5.1.Equipamento que acompanha o doente	
5.2.Fármacos	
6. MONITORIZAÇÃO	Pág.20
7. CONCLUSÃO	Pág.21
8. BIBLIOGRAFIA	Pág.22
9. ANEXOS	Pág.24
ANEXO I – Avaliação para o transporte inter-hospitalar	Pág.28
ANEXO II – Norma de ativação e critérios do TIP	Pág.30
ANEXO III – Carta dos direitos da criança	Pág.38
ANEXO IV – Sessão da Formação a Pares	Pág.42



1. INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no âmbito do módulo III de estágio – Neonatologia, do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa e que pretende ir ao encontro das competências a desenvolver como futura enfermeira especialista, nomeadamente formação a pares.

“O mundo é transformado não só pelas suas ações, mas também pelas ideias, pois são estas que orientam as ações” (Cardeal Van Thuan). Desta forma, deixo aqui o meu pequeno e humilde contributo, fruto do estudo, resultante da vontade de aperfeiçoar e atualizar as minhas capacidades e competência profissionais, que espero que possa conduzir ao progresso e à eficácia da assistência médica e de enfermagem no transporte inter-hospitalar de crianças no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, mais propriamente no Serviço de Pediatria /Unidade de Neonatologia.

A escolha deste tema deve-se ao facto de no Serviço de Pediatria deste hospital não existir um protocolo de transporte inter-hospitalar da criança, pelo que a Enf.^a Especialista Carla Silva me desafiou para a elaboração do mesmo, de forma a promover um intercâmbio de ideias e discussões relacionadas com a problemática no seio da equipa multidisciplinar, com o objetivo de chegar a um consenso dentro do serviço para a problemática, originando assim um protocolo de serviço.

A transferência de um doente, com necessidades específicas, para outra unidade hospitalar, deve decorrer da inexistência de recursos humanos e técnicos no hospital de origem, com vista a melhorar ou a dar continuidade ao tratamento iniciado; ou pelo facto de ser necessário realizar exames complementares que não estejam disponíveis no hospital de origem.

A decisão de realizar a transferência pressupõe uma avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte, nomeadamente o risco clínico e o risco de deslocação.

Os problemas económicos não devem constituir argumento que impessam a transferência que irá melhorar, de alguma forma, a situação clínica do doente.

O transporte de doentes envolve três fases que se completam mutuamente: decisão, planeamento e efetivação.

A decisão é um acto médico que deve ser responsável e equacionadora de forma a avaliar os riscos inerentes ao transporte.

O planeamento encerra em si as fases de coordenação, comunicação, equipa, equipamento, transporte e documentação.

A efetivação do transporte fica à responsabilidade da equipa de transporte que deverá passar a continuidade dos cuidados ao médico ou enfermeiro do serviço destinatário, para que assumam a responsabilidade pelo doente transportado.

Antes de se proceder ao transporte o doente e/ou o seu representante legal deverão ser informados e esclarecidos acerca da razão/necessidade da transferência, o nome do hospital destinatário e respetivo serviço, obtendo sempre que possível, o seu consentimento.

Para efetuar os transportes é sem dúvida muito importante ter colaboradores que detenham um maior nível de conhecimentos possível em suporte avançado de vida e que detenham elevado nível de conhecimentos na área pediátrica, de forma a poder responder a todas as solicitações inerentes a um transporte de uma criança doente.

O défice de recursos humanos – em número e qualidade (ao nível da formação específica para estes transportes) – merecerá, certamente, uma reflexão por parte dos responsáveis dos serviços clínicos de médicos e de enfermeiros – e das direções, para



que, juntos melhorem progressivamente a assistência ao doente durante o transporte inter-hospitalar.

2. COORDENAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Após a tomada de decisão de transportar, deve-se contactar o hospital ou a unidade de saúde de destino (transferência ou realização de exames auxiliares de diagnóstico) para que seja assegurada a continuidade de cuidados de acordo com a situação clínica do doente (medidas de isolamento devem ser asseguradas no caso de existir risco de contaminação). Para isso devem estar monidos de toda a informação clínica do doente, que deverá acompanhar o mesmo (exames complementares de diagnóstico, notas de transferência, carta de transferência de enfermagem, etc).

No caso de ocorrer atraso no transporte ou cancelamento do mesmo, o hospital/unidade de saúde de destino devem ser contactados.

3. TRANSPORTE

3.1. Critérios de escolha

A escolha do meio de transporte deve ter em conta:

- A situação clínica do doente (emergente, urgente ou eletiva);
- As intervenções médicas necessárias para o transporte;
- A disponibilidade de profissionais e dos recursos necessários;
- A distância/duração do transporte, considerando as acessibilidades rodoviárias, estado de trânsito, dificuldades geográficas e possíveis locais de aterragem do helicóptero;



- As informações meteorológicas;
- O custo relativo das alternativas (sem colocar em causa as necessidades clínicas do doente).

- No CHEDV estão disponíveis os seguintes meios:
 - ambulâncias;
 - heliporto- ao serviço do INEM

Sempre que necessário necessário é possível ativar a TIP do INEM, localizada no CHSJ (ver anexo II).

3.2. Vantagens e desvantagens

Ambulâncias

- Tipo A: ambulâncias de transporte de doentes que não apresentam risco de vida
- Tipo B: ambulâncias de suporte básico de vida, também utilizadas no transporte inter-hospitalar de doentes com risco de vida conhecido. Não possuem equipamentos de intervenção médica nem fármacos.
- Tipo C: ambulâncias medicalizadas. Possuem equipamentos de intervenção médica e fármacos.

Vantagens:

- a) Disponíveis;
- b) Menor custo;
- c) O doente é transportado apenas duas vezes, do hospital para a ambulância e da ambulância para o hospital;
- d) Se for necessário, permite parar para procedimentos em outro hospital intermediário;



Desvantagens:

- a) Em longas distâncias aumenta os riscos pelo desgaste da equipa e recursos;
- b) Limitada pelas condições de tráfego e climáticas, congestionamentos;
- c) Limitada em locais muito distantes e inacessíveis;
- d) Mais demorado.

No caso de ser uma criança pequena com idade inferior a 4 anos e se for um transporte não crítico, deve ser usada uma cadeira adequada ao seu grupo, de forma a permitir um transporte seguro.

As cadeiras são classificadas em cinco grupos de peso: 0, 0+, I, II e III, de acordo com o peso e idade

Grupo	Peso	Idade (aprox.)	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais		De lado
0+	Até 13 kg	Até 12-18 meses	Virada para trás
0+/I ou I	Até 18 kg	12 meses-3/4 anos	Virada para trás
0+/I ou I	Até 18 kg	18 meses-3/4 anos	Virada para a frente
II/III	15-36 kg	4/6 anos-12 anos	Virada para a frente
III	22-36 kg	8/9-12 anos	Virada para a frente

No caso de crianças internadas na neonatologia e que necessitem de maior controlo térmico e outras necessidades de suporte, torna-se necessário o uso de incubadora de transporte existente no serviço, sendo importante o controlo da temperatura da ambulância uma vez que, estas crianças, são muito sensíveis às diferenças de temperatura e apenas a abertura das janelas da incubadora altera o ser-equilíbrio.





Imagem 1- Incubadora de transporte do CHEDV – Serviço de Neonatologia

Helicóptero

O CHEDV possui um heliporto e pode solicitar o helicóptero do INEM quando justificado.

Durante o transporte aéreo do neonato e da criança doente deve ser tomado em consideração os efeitos da hipoxemia, forças gravitacionais, libertação ou aprisionamento de gases, diminuição da temperatura e da humidade.

Torna-se por isso necessário uma adequada oxigenação com avaliação contínua, com pulso-oximetria e com respetivo ajuste fracionado da concentração da oxigenação.

As forças gravitacionais positivas durante a descolagem e a aterragem podem resultar numa chamada de sangue periférico e da cabeça, o que pode ser prejudicial



para um doente em choque ou aumento respetivamente da pressão intracraniana. Posicionando o doente perpendicularmente na direção da viagem reduz estes efeitos.

A expansão dos gases aprisionados nas cavidades do corpo pode ter efeitos adversos, por exemplo pneumotórax, pelo que deve ser antecipada com o uso de cabines pressurizadas.

A manutenção da regulação da temperatura é também importante, uma vez que a hipotermia e os arrepios de frio aumentam o consumo de oxigénio e pode agravar a degeneração metabólica, dando origem a, por exemplo, acidose e hipoglicemia. A manutenção da humidade pode facilitar o controlo da temperatura e do balanço hídrico.

Vantagens:

- a) Meio rápido;
- b) Alcança áreas inacessíveis ou difíceis.

Desvantagens:

- a) Distância máxima de 300 km;
- b) Espaço limitado para intervenções ao doente;
- c) Se o heliporto for longe do hospital destinatário é necessário transferir o doente para uma ambulância;
- d) Barulho e vibrações interferem com monitorização e procedimentos;
- e) Aumenta a pressão intracraniana e o risco de hemorragia ;
- f) Custo elevado de manutenção;
- g) Muito limitado às condições climáticas;
- h) Não pode parar para procedimentos.

A escolha do tipo de transporte depende da decisão médica, tendo em conta a severidade das condições de emergência, das condições da criança, do tipo e local do transporte, das condições climatéricas e de segurança. De uma forma geral o



transporte terreno é mais seguro e fácil de disponibilizar se os locais estão dentro de 20 a 30 minutos de distâncias. Para distâncias maiores é melhor o transporte aéreo ou uma combinação dos dois.

4. EQUIPA DE TRANSPORTE

A equipa que acompanha o doente deve ser constituída por um TAT, TAS ou TAE. A necessidade de fazer parte da equipa de transporte o enfermeiro e médico dependerá do número de pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível (ver anexo I). É de vital importância que seja uma equipa treinada nas competências dos cuidados à criança.

No entanto, nunca devemos esquecer os direitos da criança, no que diz respeito ao acompanhamento da mesma, que tem direito à presença contínua dos seus prestadores de cuidados. Este acompanhamento é deveras importante, não só para o seu desenvolvimento psicossocial, mas também para promover a sua participação e cooperação nos cuidados prestados.

Esta temática não está salvaguardada nos seguros de tripulantes das ambulâncias, o que muitas vezes impossibilita os pais de acompanharem os seus filhos nas ambulâncias, seguindo por meios próprios atrás das mesmas. Na qualidade de Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria vemos, neste trabalho e nesta temática, um foco de atenção pertinente para dialogar com a administração e com os restantes pares da equipa multidisciplinar, de forma a salvaguardar os direitos de acompanhamento das crianças pelos seus cuidadores principais.

5. EQUIPAMENTO

5.1. Equipamento que acompanha o doente

A decisão do equipamento que acompanha o doente dependerá da equipa e meio de transporte em que o mesmo decorrerá (ver anexo I).

Dependendo do número de pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível, existem dois níveis de equipamento a acompanhar o doente no transporte.

NÍVEL B

- Fonte de oxigénio;
- Via aérea – SBV;
- Aspirador de secreções respiratórias;
- Monitor de transporte;
- Injetáveis;
- Soros.

NÍVEL C

- Fonte de oxigénio;
- Via aérea – SBV;
- Aspirador de secreções respiratórias;
- Monitor de transporte;
- Injetáveis;
- Soros;
- Ventilador de transporte;
- Material para a via aérea avançada;



- Desfibrilhador com pace;
- Seringas e bombas perfusoras;
- Fármacos.

5.2. Fármacos que acompanha o doente

Os fármacos que devem estar disponíveis para o transporte do doente são:

Acetaminofen;	Dopamina;	Metilprednisolona;
Adenosina;	Fenobarbital;	Midazolam;
Adrenalina;	Fenoterol/salbutamol;	Morfina;
Água destilada;	Fenitoína;	Naloxona;
Amiodarona;	Furosemida;	Nitroglicerina;
Atropina;	Glucagon;	Noroadrenalina;
Bicarbonato de sódio;	Gluconato de cálcio;	Nitroprussiato de sódio;
Cloreto de potássio;	Glucose hipertónica;	Pancurônio/atracúrio/vecurônio;
Cloreto de sódio;	Heparina;	Prometazina
Clopromazina;	Hidralazina;	Soro fisiológico
Diazepam;	Insulina actrapid;	Soro glicosado 5%, 10%, 30%;
Digoxina;	Lidocaína;	Tiopental;
Dobutamina;	Manitol;	Verapamil.



6. MONITORIZAÇÃO

Existem dois níveis de monitorização, segundo o número de pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível (ver anexo I).

NÍVEIS: B e C

- Saturações de oxigénio;
- ECG;
- TA;
- FC.



7. CONCLUSÃO

Com esta minha breve reflexão o que se propõe com a elaboração deste pequeno documento, é que se constitua uma norma que será apresentada à equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria/Unidade de Neonatologia do CHEDV e que requererá a aprovação da direção do serviço, constando dos protocolos certificados do CHEDV.

É imperativo que um Serviço de Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais disponha de uma norma/algoritmo que defina, com clareza e precisão, todas as fases de ação para que, estas sejam ferramentas de apoio à decisão e planeamento de transferência de doentes críticos ou não, com vista a melhorar a assistência prestada.





8. BIBLIOGRAFIA

- Transporte de Doentes Críticos – *Recomendações 2008* [em linha]. [Consultado em 23 de maio de 2013]. Disponível na internet:< http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf >;

- Prehospital pediatrics and emergency medical services(EMS) [em linha]. [Consultado em 20 de maio de 2013]. Disponível na internet:< http://www.uptodate.com/contents/prehospital-pediatrics-and-emergency-medical-servicesems?source=search_result&search=Prehospital+pediatrics+and+emergency+medical+services%28EMS%29%E2%80%9D%2C&selectedTitle=1%7E150>;

- Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico da Região Norte – Norm,as de activação e critérios de Transporte [em linha]. [Consultado em 25 de maio de 2013]. Disponível na internet:< http://portal.arsnorte.min.saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Documentos/Activa%C3%A7%C3%A3o%20TIP_03_2011.pdf>;

- Traiber, C., & Andreolio, C., & Luchese, S. (2006). Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes- Interhospital transport of critically ill children. *Artigo Revisão* , 119-125.





ANEXO I - Avaliação para o transporte Inter- hospitalar

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



ANEXO II – NORMA DE ATIVAÇÃO DO TIP



TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO DA REGIÃO NORTE

NORMAS DE ACTIVAÇÃO E CRITÉRIOS DE TRANSPORTE

O sistema de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) foi formalmente criado por protocolo entre a Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Centro Hospitalar de S. João (CHSJ). Constitui uma parceria entre o INEM e o HSI para o transporte secundário de recém-nascidos (RN), crianças e adolescentes gravemente doentes, com idades até aos 17 anos e 364 dias de vida. Os Distritos abrangidos por este transporte especializado são: Bragança, Vila Real, Viana do Castelo, Braga, Porto e a parte dos Distritos de Aveiro, Guarda e Viseu que pertencem à Região Norte.

O TIP consistirá numa ambulância, tripulada por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE), um enfermeiro, um médico, com capacidade para assegurar suporte avançado de vida pediátrico e neonatal (SAVPN). A equipa de transporte garante 24 horas/dia, todos os dias do ano, o TIP na Região Norte de Portugal das crianças com necessidade de cuidados intensivos neonatais ou pediátricos entre o Hospital de origem e as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais ou Pediátricos de destino. A unidade de destino será seleccionada em função das vagas existentes e das necessidades específicas de cada doente.

Actualmente são hospitais com apoio perinatal diferenciado na região Norte o Centro Hospitalar São João (CHSJ), o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, o Hospital de Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Hospital de Braga, o Hospital de Senhora de Oliveira de Guimarães – Centro Hospitalar do Alto Ave e o Hospital de Vila da Feira – Centro Hospitalar do Entre Douro e Vouga. As unidades de cuidados intensivos pediátricos na região Norte situam-se no CHSJ e no Centro Hospitalar do Porto.

1





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Activação e Funcionamento do TIP

1. O TIP poderá ser accionado por qualquer hospital com serviço de Pediatria da área de referência. O processo deverá decorrer da seguinte forma:
 - a. O Hospital de origem, que pretende transferência de uma criança em estado clínico crítico, deverá contactar telefonicamente o TIP;
 - b. O número de telemóvel atribuído ao TIP é o 91 496 06 55;
 - c. O médico deverá avaliar o quadro clínico e decidir se o RN, criança ou adolescente cumpre critérios para ser transportada pelo sistema TIP. Caso tal não aconteça, a responsabilidade do transporte é do Hospital de origem.
 - d. O Hospital de origem é responsável pelo contacto com o Hospital que irá receber o doente, assegurando vaga em Hospital com maior nível de diferenciação de cuidados;
 - e. Nas situações em que não haja vaga na região Norte deverá ser estabelecido contacto com outras regiões do País e o transporte assegurado pelo TIP.
 - f. A saída da equipa de TIP do CHSJ só pode acontecer após a confirmação da existência de vaga em unidade de cuidados intensivos para o doente a transportar. É responsabilidade da equipa de TIP confirmar a disponibilidade dessa vaga antes de iniciar o transporte;
 - g. Em situações em que seja necessária uma vaga numa unidade com diferenciação em área específica ou que constitua unidade de referência para determinada patologia, não existindo vaga disponível nessa unidade, o TIP poderá garantir o transporte de outro doente que não necessite desse nível de cuidados para outra unidade, de forma a libertar essa vaga específica.
2. A equipa médica de escala ao TIP deverá avisar o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) sempre que for contactada para efectuar um transporte, fornecendo informação sobre o mesmo, incluindo tempo previsível de duração do transporte, e





- solicitar o accionamento da respectiva ambulância e do nível de equipamento necessário (Incubadora de transporte ou maca).
3. O posterior accionamento da Ambulância TIP, com o seu TAE de serviço, é da responsabilidade do CODU. A decisão sobre qual o meio de transporte seleccionado (Ambulância ou Helicóptero) será partilhada entre a equipa médica de TIP e o responsável no CODU, atendendo, entre outros, a factores climatéricos, situação clínica da criança a transportar, distância a percorrer e disponibilidade dos meios.
 4. Deve ser realçado que o CHSJ é hospital de referência/elevada diferenciação na região Norte para: i) RN com patologia cardíaca, cirúrgica urgente e doenças metabólicas; ii) crianças e adolescentes em trauma, neurocirúrgicos e queimados; iii) cardiologia pediátrica, que serão preferencialmente transferidos para o CHSJ.
 5. Quando se suspeita de uma emergência neurocirúrgica aguda a transferência para um Centro com Neurocirurgia não deve aguardar a chegada da equipa de transporte e deve ser iniciada pelo hospital de origem.
 6. No caso específico dos RN com suspeita de cardiopatia congénita, sendo o HSJ o centro de referência único na região Norte e apresentando elevada taxa de ocupação, a equipa de TIP deve seguir as seguintes recomendações:
 - a. Se o RN estiver estável, deverá ser transportado por elementos do hospital de origem, podendo regressar ao hospital de origem se esse diagnóstico não for confirmado;
 - b. Se o RN estiver instável, necessitando de cuidados intensivos, não se confirmando a cardiopatia congénita e se não houver vaga na unidade de cuidados intensivos neonatais do HSJ, poderão colocar-se duas hipóteses:
 - i. O RN será internado no HSJ e a equipa transportará um outro RN já internado nessa unidade para outro hospital;
 - ii. O RN regressa à unidade de origem, se aí houver nível de diferenciação de cuidados adequado ou será transferido para outra unidade de cuidados intensivos neonatais com adequado nível de diferenciação na região Norte ou no resto do País;





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



- c. Se o RN estiver instável, necessitando de cuidados intensivos, confirmando-se a cardiopatia congénita e se não houver vaga na unidade de cuidados intensivos neonatais do CHSJ, a equipa transportará um outro RN que necessite cuidados intensivos, mas que não tenha patologia cardíaca.
7. A presença do médico que solicitou o transporte, ou seu substituto, é indispensável à chegada da equipa de TIP, não se procedendo à transferência do doente se tal não se verificar.
8. É obrigação do médico responsável pelo doente fornecer todos os registos clínicos e exames auxiliares de diagnóstico do doente relevantes para o processo de transferência do doente e posterior admissão ao hospital de destino.
9. É obrigatório o preenchimento de impresso próprio para registos clínicos relativos ao transporte, pelo médico responsável pelo doente e posteriormente pelo médico da equipa de TIP.
10. A equipa de TIP deve colaborar na estabilização do doente antes da sua transferência.
11. Antes de se efectuar o transporte, os pais deverão ser informados do facto, obtendo-se o seu consentimento informado.
12. A efectivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente ao médico do Serviço destinatário.
13. Nas situações em que ocorra pedido de transporte, estando a equipa de TIP em transporte de outro doente, deve ser contactado o CODU. Será responsabilidade do CODU e do Hospital que faz o pedido decidir se o doente tem condições para esperar pela equipa de TIP ou se deverá ser encontrada alternativa para o transporte.
14. Se o doente falecer durante o transporte, fora do ambiente hospitalar, este cadáver é da responsabilidade do Delegado do Ministério Público da Comarca, que deve ser contactado, através da autoridade entretanto informada pelo CODU da situação e do local. A ambulância de TIP deve interromper o transporte e contactar o CODU, aguardando instruções quanto à chegada da viatura para transporte do cadáver.





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Critérios para transporte pelo sistema de TIP

1. Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. O transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização pela necessidade de facultar um nível assistencial superior.
2. Tem indicação para transporte pela equipa de TIP todo o doente que cumpra critérios universais de admissão em unidades de cuidados intensivos, nomeadamente:
 - a. Necessidade de ventilação assistida e/ou suporte hemodinâmico por doença aguda, crónica agudizada ou trauma.
3. Dadas as características da patologia neonatal, são indicações para transporte pelo sistema TIP:
 - a. RN de risco, necessitando de cuidados intensivos que não possam ser prestados no hospital de origem;
 - b. RN com patologia cirúrgica e instável, com necessidade de cirurgia urgente;
 - c. RN com patologia cardíaca com necessidade emergente ou urgente de cuidados diferenciados.
4. Têm também indicação para transporte pelo sistema de TIP crianças e adolescentes com gravidade de doença que não requer cuidados intensivos imediatos mas cuja situação clínica seja considerada instável, com potencial necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos ou tratamento diferenciado não disponível no hospital de origem.
5. Não é responsabilidade do sistema de TIP o transporte de doentes estáveis, bem como para avaliações ou procedimentos electivos, mesmo que em Hospitais com nível de diferenciação superior ao hospital de origem.

2011.03.31

5



ANEEXO III – CARTA DOS DIREITOS DA CRIANÇA

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS - UNICEF

20 de Novembro de 1959

AS CRIANÇAS TÊM DIREITOS

DIREITO À IGUALDADE, SEM DISTINÇÃO DE RAÇA RELIGIÃO OU NACIONALIDADE

Princípio I

- A criança desfrutará de todos os direitos enunciados nesta Declaração . Estes direitos serão outorgados a todas as crianças, sem qualquer exceção, distinção ou discriminação por motivos de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, nacionalidade ou origem social, posição económica, nascimento ou outra condição, seja inerente à própria criança ou à sua família .

DIREITO À ESPECIAL PROTEÇÃO PARA O SEU DESENVOLVIMENTO FÍSICO, MENTAL E SOCIAL

Princípio II

- A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade . Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança .

DIREITO A UM NOME E A UMA NACIONALIDADE

Princípio III

- A criança tem direito, desde o seu nascimento, a um nome e a uma nacionalidade .

DIREITO À ALIMENTAÇÃO, MORADIA E ASSISTÊNCIA MÉDICA ADEQUADAS PARA A CRIANÇA E A MÃE

Princípio IV

- A criança deve gozar dos benefícios da previdência social . Terá direito a crescer e desenvolver-se em boa saúde; para essa finalidade deverão ser proporcionados, tanto a ela, quanto à sua mãe, cuidados especiais, incluindo-se a alimentação pré e pós-natal . A criança terá direito a desfrutar de alimentação, moradia, lazer e serviços médicos adequados .

DIREITO À EDUCAÇÃO E A CUIDADOS ESPECIAIS PARA A CRIANÇA FÍSICA





OU MENTALMENTE DEFICIENTE

Princípio V

- A criança física ou mentalmente deficiente ou aquela que sofre de algum impedimento social deve receber o tratamento, a educação e os cuidados especiais que requeira o seu caso particular .

DIREITO AO AMOR E À COMPREENSÃO POR PARTE DOS PAIS E DA SOCIEDADE

Princípio VI

- A criança necessita de amor e compreensão, para o desenvolvimento pleno e harmonioso de sua personalidade; sempre que possível, deverá crescer com o amparo e sob a responsabilidade de seus pais, mas, em qualquer caso, em um ambiente de afeto e segurança moral e material; salvo circunstâncias excepcionais, não se deverá separar a criança de tenra idade de sua mãe . A sociedade e as autoridades públicas terão a obrigação de cuidar especialmente do menor abandonado ou daqueles que careçam de meios adequados de subsistência . Convém que se concedam subsídios governamentais, ou de outra espécie, para a manutenção dos filhos de famílias numerosas .

DIREITO À EDUCAÇÃO GRATUITA E AO LAZER INFANTIL

Princípio VII

- A criança tem direito a receber educação escolar, a qual será gratuita e obrigatória, ao menos nas etapas elementares . Dar-se-á à criança uma educação que favoreça sua cultura geral e lhe permita - em condições de igualdade de oportunidades - desenvolver suas aptidões e sua individualidade, seu senso de responsabilidade social e moral . Chegando a ser um membro útil à sociedade .

O interesse superior da criança deverá ser o interesse diretor daqueles que têm a responsabilidade por sua educação e orientação; tal responsabilidade incumbe, em primeira instância, a seus pais .

A criança deve desfrutar plenamente de jogos e brincadeiras os quais deverão estar dirigidos para educação; a sociedade e as autoridades públicas se esforçarão para promover o exercício deste direito .

DIREITO A SER SOCORRIDO EM PRIMEIRO LUGAR, EM CASO DE CATÁSTROFES

Princípio VIII

- A criança deve - em todas as circunstâncias - figurar entre os primeiros a receber proteção e auxílio .





DIREITO A SER PROTEGIDO CONTRA O ABANDONO E A EXPLORAÇÃO NO TRABALHO

Princípio IX

- A criança deve ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração . Não será objeto de nenhum tipo de tráfico .

Não se deverá permitir que a criança trabalhe antes de uma idade mínima adequada; em caso algum será permitido que a criança dedique-se, ou a ela se imponha, qualquer ocupação ou emprego que possa prejudicar sua saúde ou sua educação, ou impedir seu desenvolvimento físico, mental ou moral .

DIREITO A CRESCER DENTRO DE UM ESPÍRITO DE SOLIDARIEDADE, COMPREENSÃO, AMIZADE E JUSTIÇA ENTRE OS POVOS

Princípio X

- A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa, ou de qualquer outra índole . Deve ser educada dentro de um espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade universais e com plena consciência de que deve consagrar suas energias e aptidões ao serviço de seus semelhantes .





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO A PARES

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Formação a pares

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Formadoras: EnF.^a Ana Pereira aluna ESIP de UCP
Orientadora(s): EnF.^a Carla Silva/EnF.^a Mónica Gomes

Módulo III estágio – Neonatologia do CHEDV
12 Junho de 2013

1

SUMÁRIO

1. Coordenação e comunicação
2. Transporte
3. Equipa de Transporte
4. Equipamento
5. Monitorização

2





OBJETIVOS:

- ❑ Rentabilizar recursos.
- ❑ Criar um instrumento de avaliação das necessidades de acompanhamento do doente, no transporte inter-hospitalar.
- ❑ Reconhecer os meios de transporte disponíveis no CHEDV.
- ❑ Uniformizar procedimentos – criação de protocolo.
- ❑ Facilitar a integração de novos elementos.

3

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR



4





INTRODUÇÃO

- ❑ O Transporte Inter-hospitalar é uma assistência especializada ao doente, crítico ou não, durante um determinado transporte entre duas unidades hospitalares.
- ❑ Este, deve possuir um algoritmo que facilite a tomada de decisão ao médico e que mantenha todos os meios operacionais, permitindo uma eficácia maior no seu planeamento e, posteriormente, na efetivação do mesmo transporte.

8

1. COORDENAÇÃO E COMUNICAÇÃO

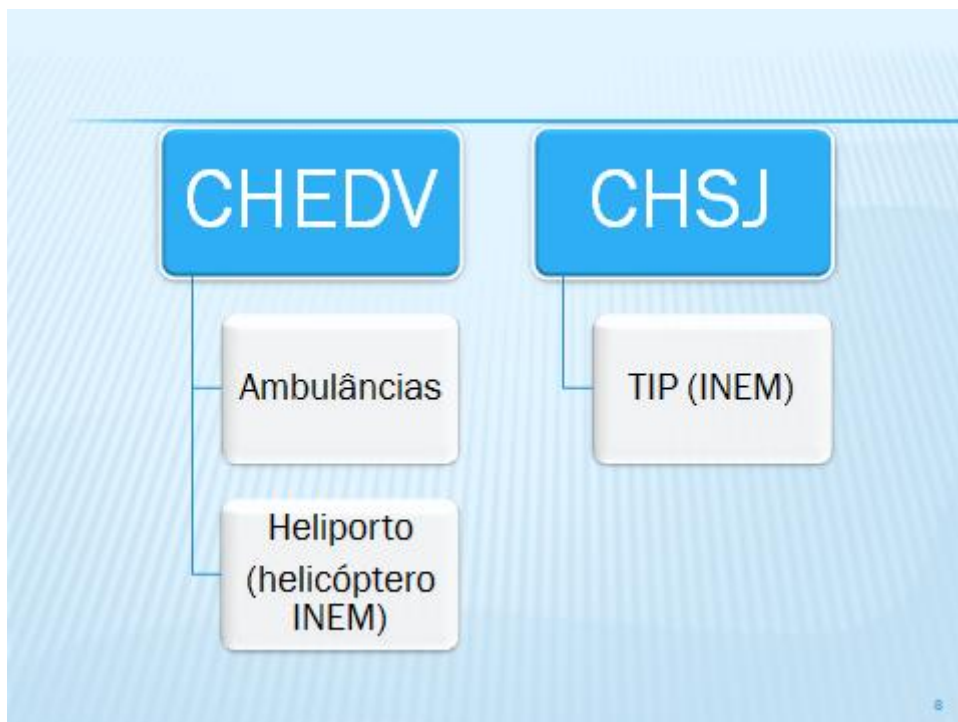


8





2. TRANSPORTE





TIP – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Critérios De Ativação

- Necessidade de ventilação assistida e/ou suporte hemodinâmico;
- Recém Nascidos necessitantes de cuidados intensivos;
- Recém Nascidos com patologia cirúrgica e instável;
- Recém nascidos com patologia cardíaca;
- Crianças/Adolescentes necessitantes de cuidados intensivos.

8

AMBULÂNCIAS

Ambulância Tipo A

- Doentes que não apresentam risco de vida.

Ambulância Tipo B

- Suporte Básico Vida.
- Doentes que apresentam risco de vida.

Ambulância Tipo C

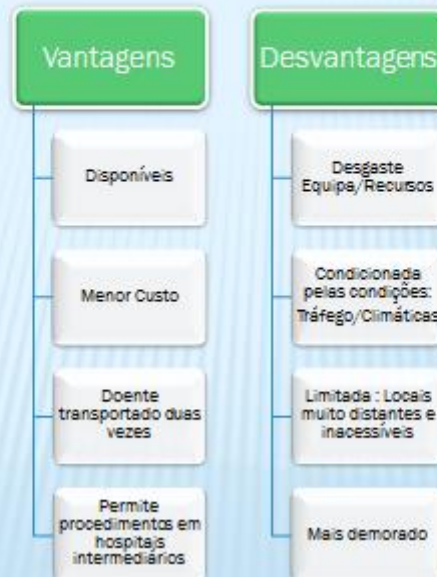
- Medicalizada.
- Equipamentos de intervenção médica e fármacos.

20





VANTAGENS E DESVANTAGENS DA AMBULÂNCIA



11



12





HELICÓPTERO

Vantagens

- Meio rápido
- Alcança áreas inacessíveis ou difíceis.

13

HELICÓPTERO

Desvantagens

- Distância máxima de 300 Km.
- Espaço limitado para intervir no doente.
- Se o hospital não tiver heliporto - necessário transferir o doente para uma ambulância.
- Barulho e vibrações - interferem com a monitorização.
- Aumenta a pressão intracraniana e risco de hemorragia.
- Custo elevado de manutenção.
- Muito condicionado pelas condições climáticas.
- Não pode parar para procedimentos.

14





A escolha do meio de transporte é sempre um ato médico.

15

3. EQUIPA DE TRANSPORTE



- É obrigatória a presença de um tripulante de ambulância de transporte, socorro ou emergência.
- O auxiliar, o enfermeiro e médico acompanharão o doente mediante o número de pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível.

16





1. VIA AÉREA RESPIRAC	0 Não Sem (tubo de Guedel) Sem (se instalado no equipamento sucursal)	2 0 1 2	8. PRECÂMERA	0 Não 1 2	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRAC	0 FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 25 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 25 / min ou respirac irregular	2 0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIE	0 Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow < 14 Escala de Glasgow < 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRAC	0 Não 1 2	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	0 Número dos atalhos indicados Grupo I Náuseas Corticosteróides Morfina < 20mg Analgéicos Grupo II Insulinas Vasodilatadores Antieméticos Bicarbonatos Trombolíticos Anticoagulantes Acetaminofen/Geral Oxio torácico e Aspiracão	0 1 2
4. ACIÇOS VENOSOS	0 Não 1 2	0 1 2			
5. AMPLIAÇÃO HEMODINAMICA	0 EABM 1 2	0 1 2			
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG	0 Não 1 2	0 1 2			
7. RISCO DE ARBITRADO	0 Não 1 2	0 1 2			
				TOTAL ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapéutica imediata.
* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapéutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipe	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Trípulante	Nenhuma	"Standard" ambulância AMB
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Set. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Frascários + jeringas
> 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Set. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Monitor para a via aérea avançada, Oxifriador compacto, Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med. 1998.

4. EQUIPAMENTO

Mediante o **número de pontos** atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível, que **corresponderão** a um determinado **nível: B ou C**.

Será escolhida a **Equipa e o Meio de Transporte** necessários.





4.1- EQUIPAMENTO NÍVEL B

- ❑ Fonte de oxigénio;
- ❑ Via aérea – SBV;
- ❑ Aspirador de secreções respiratórias;
- ❑ Monitor de transporte;
- ❑ Injetáveis;
- ❑ Soros.

18

4.2- EQUIPAMENTO NÍVEL C

- ❑ Fonte de oxigénio;
- ❑ Aspirador de secreções respiratórias;
- ❑ Via aérea – SBV;
- ❑ Monitor de transporte;
- ❑ Injetáveis;
- ❑ Soros;
- ❑ Ventilador de transporte;
- ❑ Material para a via aérea avançada;
- ❑ Desfibrilhador com pace;
- ❑ Seringas e bombas perfusoras;
- ❑ Fármacos.

20



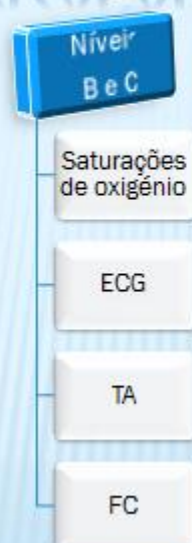


FÁRMACOS

Acetaminofen;	Dopamina;	Metilprednisolona;
Adenosina;	Fenobarbital;	Midazolam;
Adrenalina;	Fenoterol/salbutamol;	Morfina;
Água destilada;	Fenitoína;	Naloxona;
Amiodarona;	Furosemida;	Nitroglicerina;
Atropina;	Glucagon;	Noradrenalina;
Bicarbonato de sódio;	Gluconato de cálcio;	Nitroprusiato de sódio;
Cloreto de potássio;	Glucose hipertónica;	Pancurônio/atracúrio/vecurônio;
Cloreto de sódio;	Heparina;	Prometazina
Clopromazina;	Hidralazina;	Soro fisiológico
Diazepam;	Insulina actrapid;	Soro glicosado 5%, 10%, 30%;
Digoxina;	Lidocaína;	Tiopental;
Dobutamina;	Mantol;	Verapamil.

21

5. MONITORIZAÇÃO



22





CONCLUSÃO

É imperativo que um Serviço de Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais disponha de uma norma/algoritmo que defina, com clareza e precisão, todas as fases de ação para que, estas sejam ferramentas de apoio à decisão e planeamento de transferência de doentes críticos ou não, com vista a melhorar a assistência prestada.

23

BIBLIOGRAFIA:

- × Transporte de Doentes Críticos - Recomendações 2008 [em linha]. [Consultado em 23 de maio de 2013]. Disponível na internet: < http://www.spoi.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf >;
- × Prehospital pediatric and emergency medical services(EMS) [em linha]. [Consultado em 20 de maio de 2013]. Disponível na internet: < http://www.uptodate.com/contents/prehospital-pediatrics-and-emergency-medical-servicesems?source=search_result&search=Prehospital+pediatrics+and+emergency+medical+services%28EMS%29%E2%80%9D%2C&selectedTitle=1%7E15D >;
- × Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico da Região Norte - Norm,as de activação e critérios de Transporte [em linha]. [Consultado em 25 de maio de 2013]. Disponível na internet: < http://portal.arsnorte.min.saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/Activa%C3%A7%C3%A3o%20TIP_03_2011.pdf >;
- × Traiber, C., & Andreolio, C., & Luchese, S. (2006). Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes- Interhospital transport of critically ill children. *Artigo Revisão* , 119-125.

24





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO III

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM – UCIN





1. IDENTIFICAÇÃO

(colante de identificação)

Serviço: _____ Cama n.º _____ Data ____/____/____

2. INFORMAÇÕES PRÉVIAS IMPORTANTES

Nome _____ Motivo de internamento: _____

Proveniência: Núcleo Partos Berçário Domicílio Urgência Cons.Externa Transferido

Acompanhante: _____ Grau Parentesco: _____

Pessoa a contactar: _____ Grau Parentesco: _____ Telefone _____

Limitação à informação sobre internamento: Sim Não (se sim ver consentimento informado para internamento)

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

3. AVALIAÇÃO SOCIAL

Agregado familiar _____ N.º irmãos _____

Indicadores	
Suspeita de maus-tratos físicos, psicológicos ou negligência	
Suspeita de abuso sexual	
Sem acompanhante (familiar) Identificado	
Progenitores que apresentem comportamento desadequado	
Progenitores toxicómanos /alcoólicos	
Adopção (recém-nascido)	
Gravidez não vigiada	
Gravidez precoce (idade < 18 anos)	

Se for detectado um dos indicadores o enfermeiro providenciará o contacto com o Serviço Social, preenchendo o Modelo PAD 19 "Pedido de Intervenção do Serviço Social".

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

4. CRENÇAS E VALORES FAMILIARES

Deseja assistência espiritual: Sim Não Em caso afirmativo, quem deve ser contactado para essa assistência?

Telefone _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

5. HIGIENE E CONFORTO

Apreciação geral do estado higiene: Bom Deficiente Mau

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____



6. ALIMENTAÇÃO

Pausa Oral Entérica Parentérica Horário mamadas _____
Quantidade _____ Tipo leite: Materno LA LAHA LAP LAR Outro _____
Gastrostomia Jejunostomia SNG/SOG (Tipo Sonda _____ N.º _____ Data de colocação ___/___/___)
Sem alterações Com alterações (Regurgitação Vômitos Dificuldade na mamada
_____) Estado Nutricional: Malnutrição: Sim Não

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

7. ELIMINAÇÃO

Vesical: Desconhecido Micção no Núcleo Partos _____
Sem alterações Com alterações (_____
Algália - Tipo de Algália _____ N.º _____ Data da colocação ___/___/___)
Intestinal: Desconhecido Sem alterações Com alterações (_____
_____) _____

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

8. RESPIRAÇÃO

Frequência Respiratória ___c/mn Saturações transcutâneas O₂ _____
Sem alterações Com alterações (FiO₂ ___% Câmula nasal l/mn _____ NCPAP Ventilação
Invasiva Tubo orotraqueal/nasotraqueal N.º _____ Nível _____ (comissura labial/asa nariz) Data colocação
___/___/___ Traqueostomia Tipo _____ N.º _____ Data colocação ___/___/___
Tiragem Polípnea Adejo nasal Apneia Tosse Secreções _____)

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

9. CIRCULAÇÃO

TA: ___/___ mmHg Frequência cardíaca ___bp/mn Edemas Sim Não _____
Coloração de Pele / Mucosas / Extremidades: Sem alterações Com alterações _____

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

10. CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura (Axilar / Rectal / Oral / Timpânica) _____ °C Temperatura incubadora / berço _____ °C

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

11. SONO E REPOUSO

Sono: Sem alterações Com alterações (Agitação Choro irritado Consolável: Sim Não _____

Data: ___/___/___ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____



12. AMBIENTE SEGURO

Défices neurológicos: Hipotonia Hipertonia Convulsões Paresias: MSE MSD MIE MID

Dor: Ausente Não avaliável Presente (*Intensidade:* _____ *Medidas de alívio:* _____)

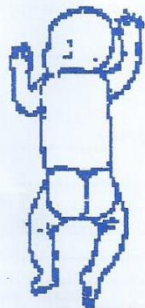

Neonatal Infant Pain (NIPS) – score variável de 0 a 7 na razão directa da dor

Mímica Facial	Membros Inferiores	Membros superiores	Classificação da dor
0 – relaxada	0 – relaxados	0 – relaxados	0 – sem dor
1 – contraída	1 – contraídos	1 – contraídos	1 a 2 – dor fraca
Choro	Nível consciência	Padrão respiratório	3 a 5 – dor moderada
0 – ausente	0 – Calmo / dormindo	0 – Rítmico e regular	6 – dor intensa
1 – Gemido	1 – Irritado	1 – Arritmico / irregular	7 – dor máxima
2 – Forte			

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

13. INTEGRIDADE CUTÂNEA

LEGENDA	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

14. AVALIAÇÃO NECESSIDADES DE ENSINO

Foi identificada necessidade de ensino aos cuidadores? Sim Não (se sim colocar na Folha de Registo da Educação do Doente Internado e Família, modelo PCL 33, na respectiva quadrícula "Data de detecção" a sigla AI)

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____

Caso toda a colheita de dados tenha sido efectuada pelo mesmo Enfermeiro, assinar (legível) apenas na linha abaixo:

Data: ____/____/____ Hora: _____ O Enfermeiro: _____ n.º mec. _____



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO IV

REGISTO DA EDUCAÇÃO DO DOENTE E DA FAMÍLIA – UCIN





Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Registo da Educação do Doente e Família

Unidade de:

Santa Maria da Feira

São João da Madeira

Oliveira de Azeméis

(colante de identificação)

Se na Avaliação Inicial se identificou necessidade de ensino, na quadrícula "Data de Detecção" do respectivo Item, foi inscrita a sigla AI

Receptor	Meio	Avaliação	Barreiras	Profissional Saúde
C - Cônjuge F - Filho(a) M - Mãe P - Pai U - Doente	D - Demonstração E - Escrito G - Grupo O - Oral V - Vídeo	DH - Demonstra habilidade NE - Não entendeu RR - Recomenda-se reforço VE - Verbaliza que entendeu	1. Cognitivas 2. Emocionais 3. Sensoriais 4. Linguagem 5. Culturais 6. Religiosas 7. Físicas 8. Nenhumas 9. _____	E - Enfermeiro F - Fisioterapeuta Fi - Fisiatra M - Médico N - Nutricionista
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ITENS		Data de deteção	Data do ensino	Receptor	Meio	Avaliação	Barreiras	Data Reforço ensino	Assinatura	Profissional
PERCEÇÃO ESTADO SAÚDE	Consentimento informado									
	Continuidade após a alta									
HIGIENE E CONFORTO	Técnica do banho na cama / chuveiro <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Vigilância da pele									
RESPIRAÇÃO	Aspiração secreções									
	Oxigenoterapia /Nebulizações <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Cinesiterapia respiratória									



ITENS		Data de deteção	Data do ensino	Receptor	Meio	Avaliação	Barreiras	Data Reforço ensino	Assinatura	Profissional
ALIMENTAÇÃO	Alimentação oral / SNG / gastrostomia / jejunostomia <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Tipo de dieta / modo de preparação									
	Interação fármaco / alimentação									
	Hidratação / volume									
ELIMINAÇÃO	Cuidados com algália / fralda / dispositivo urinário <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Utilização da aparelheira / urinol <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Vigilância de alterações									
MOBILIZAÇÃO	Transferência para a cama / cadeira / cadeira rodas / sanita <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Utilização de ajudas técnicas: <i>(identificação)</i>									
	Correcção postural									
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	Mobilização / Posicionamentos									
	Utilização de meios técnicos									
	Cuidados à pele									





ITENS		Data de detecção	Data do ensino	Receptor	Meio	Avaliação	Barreiras	Data Reforço ensino	Assinatura	Profissional
DOR	Posições anti-álgicas									
SEGURANÇA	Controlo de infeção: <i>(identificação)</i>									
	Utilização segura da medicação									
DOENTE DIABÉTICO	Técnica / frequência pesquisa de glicemia capilar / glicosúria <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Preparação e administração insulina									
	Alimentação									
	Importância exercício físico									
	Cuidados aos pés									
	Prevenção complicações agudas e tardias									
DOENTE OSTOMIZADO	Higiene da ostomia									
	Seleção e utilização do saco colector									
	Cuidados / Mudança dispositivo <i>(riscar o que não interessar)</i>									
	Utilização de ajudas técnicas: <i>(identificação)</i>									
	Alimentação									





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO V

NEONATOLOGIA – REGISTOS DE ENFERMAGEM





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO VI

PLANO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – SAÚDE ORAL



<p>Local de realização da Sessão: Escola básica de Matosinhos</p> <p>Data e hora: 14/11/2013 das 9h30 às 10h15 14/11/2013 das 11h às 11h45</p> <p>Público-alvo: Crianças dos cinco anos da Escola básica de Matosinhos</p> <p>Duração prevista: 45 min (cada sessão)</p> <p>Equipa de Intervenção: Enfermeira: Marta Valadar Aluna de estágio de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica: Ana Pereira</p> <p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover conhecimento sobre saúde oral;• Promover aquisição de hábitos de higiene oral; <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Consciencializar as crianças sobre a importância do cuidado na saúde oral;- Promover conhecimento sobre o número e os tipos de dentes e respetivas funções;	<ul style="list-style-type: none">- Promover conhecimento sobre os alimentos cariogénicos e cariostáticos;- Promover conhecimento sobre a realização da escovagem dos dentes;- Reforçar a importância da escovagem de dentes;- Promover conhecimento sobre o acondicionamento e troca da escova de dentes;- Promover conhecimento sobre as implicações da má higiene oral;- Promover conhecimento sobre a frequência das visitas regulares ao dentista e da importância de realizar essas visitas
---	--

Fases	Duração (min)	Conteúdo	Método/Estratégia	Recursos
Introdução	5	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da equipa de intervenção; • Apresentação da atividade inicial (teatro de fantoches) 	Expositivo	
Desenvolvimento	35	<p>Execução do teatro de fantoches, no qual serão abordados os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funções da boca; • Tipos e funções dos dentes; • Alimentos cariogénicos e alimentos cariostáticos; • Importância da pasta de dentes; • Cuidados com o acondicionamento e troca da escova; • Técnica de escovagem dos dentes; • Visitas regulares ao dentista. 	<p>Interativo Dramatização Musica/dança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fantoches - Molde da boca e escova - Alimentos em cartão (cariogénicos e cariostáticos)
Conclusão	5	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados na sessão; 	Expositivo/interativo	- Pedido de material de escovagem
Avaliação	10	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de um jogo para compreender a efetividade da sessão. 	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> - Desenho para colorir; - Entrega da medalha do Super Dente a cada criança



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO VII

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL – TEATRO DE FANTOCHES



TEATRO DE FANTOCHES: HIGIENE ORAL

Dentinho Alegre: Olá eu sou o Dentinho Alegre

Sou muito asseado

Mesmo depois de comer

Ando sempre bem lavado!

Limpo a minha “casa”

Sou muito vaidoso

Alegre e sorridente

Mas também cuidadoso!

Agora vou apresentar

O meu primo “Tristinho” *(entra o Dentinho Tristinho)*

Nunca usa escova

Olhem p’ra ele, coitadinho!!

(sai o Dentinho Alegre)

Dentinho Tristinho: Sou o Dentinho Tristinho

Gosto muito de comer

Chocolates, gomas, bolos

E tudo mais que aparecer!

Ando sempre tristonho
Passo a vida a chorar
Vou chamar a Sra enfermeira
Para me ajudar!

Meninos vamos chamar a enfermeira, para nos falar dos nossos dentinhos?

Enfermeiraaaaa.....(chamar a enfemeira)

(sai o Dente Alegre e entra a Enfermeira)

Enfermeira: Olá meninos. Estão bem dispostos?

Sabem onde os dentinhos vivem?

Para que serve a boca?

A boca serve para comer, para sorrir, para falar, para dar beijinhos

Quando nascemos nao temos dentes, depois começam a crescer que são chamados dentes de leite e são 20. Por volta dos 5 /6 anos esses den tes vão cair e vão nascer os dentes definitivos, que são para toda a vida e são 32

Meninos vocês acham que os vossos dentinhos são todos iguais? Vamos então chamá-los para os conhecer.....dentinhos.....

(entra o Incisivo)

Incisivo: Olá, eu sou o incisivo e ao todo somos 8 na boca, 4 em cima e quatro em baixo. Eu e os meus irmãos ficamos na parte da frente da boca e cortamos os alimentos!

(entra o canino)

Canino: Calma lá incisivo. Eu também te ajudo, enquanto tu cortas os alimentos eu rasgo-os. Ah meninos, eu sou o canino e ao todo somos 4 na boca, 2 em cima e 2 em baixo! E fico mesmo ao lado do incisivo na boca.

(entra o molar)

Molar: Então, e eu? Ninguém me apresenta? Olá meninos, eu sou o molar e ao todo somos 8 na boca. Eu e os meus irmãos estamos escondidos na parte de trás da boca trituramos e moemos os alimentos. Somos tímidos, mas fazemos bem o nosso trabalho.

(sai os outros dentes)

Enfermeira: Meninos aonde está o dentinho Tristinho? Vamos chamá-lo?

Dentinho Tristinhooooooooooooo.....

(entra o dentinho Tristinho)

Dentinho Tristinho: Olá enfermeira

Enfermeira: Então dente Tristinho, ouvi dizer que estás doente. É verdade?

Realmente, estás muito amarelo e cheiras mal e sabes porquê? Tens comido muitos doces e gorduras que juntamente com a tua saliva e algumas bactérias formam a placa bacteriana. E esses buraquinhos que tens aí são as chamadas cáries. Tens que ter mais cuidado com o que comes.

Dente Tristinho: Mas eu pensei que os doces não faziam mal aos dentes!

Enfermeira: Não devemos comer muitos doces e gorduras são devemos comer em dias de festa. Dentinho Alegre o que achas o dentinho tristinho deve fazer para ficar alegre?

(entra o Dente Alegre)

Dentinho Alegre: É escovar os dentes.

Enfermeira: Então do que precisamos para escovar os dentes?

Dentinho Alegre: Eu sei o que é. Eu vou buscar

(aparece o dentinho alegre com a escova e a pasta de dentes)

Enfermeira: Exatamente, uma escova e uma pasta de dentes. A pasta de dentes tem um escudo chamado flúor e já agora sabes qual é a quantidade de pasta de dentes que deves colocar na escova de dentes?

Dentinho alegre: Sim Sr Enfermeira, do tamanho da unha do dedo mindinho

Enfermeira: Muito bem dentinho. Meninos vamos lá repetir, estiquem o vosso dedo mindinho e vejam a vossa unha, é mesmo essa quantidade.

Vamos aprender como se escovam os dentinhos?

Dentinho Tristinho: Sim, sim eu quero aprender. Quero escovar-me bem para ficar bonito e perfumado.

(sai a enfermeira)

Enfermeira: E os meninos, querem aprender? Devemos escovar os dentes todos os dias, pelo menos 2 vezes por dia, uma de manhã e outra antes de irmos dormir.

Então vamos começar por colocar a pasta na escova dos dentes, começamos por colocar a escova lá trás lá bem no fundo e vamos escovar 2 dentes de cada vez. Então quantos dentes vamos escovar de cada vez? (doooooooooiiiiissss)

Muito bem, vamos começar pela parte de cima da nossa boca, depois fazemos 5 movimentos circulares. 1, 2, 3, 4, 5. Em quantos dentes de cada vez? (doooooiiiiiss)

A seguir passamos para os dentinhos da frente e fazemos outra vez 5 movimentos.

Depois vamos para o outro lado e repetimos. Voltamos ao sítio onde começamos e lavamos a parte de dentro e a parte que mastiga com movimentos de vaivém.

Repetimos igual na parte de baixo.

E acham que já está tudo, não falta nada?

Falta escovarmos a língua. Escovamos a língua como se estivéssemos a varrer com uma vassoura, de trás para a frente, 5 vezes.

No fim, cuspiamos a pasta que sobrou.

Dentinho Tristinho: E não se usa água?

Enfermeira: Hummm, o que acham meninos?

Não dentinho Tristinho, não se deve usar água porque ao colocarmos a água tiramos o flúor que protege os nossos dentes.

Dente Tristinho: Fluor ah? O que é o fluor?

Enfermeira: Como disse há pouco, o fluor é como um escudo que protege os nossos dentes.

Dente Tristinho: Ah, já percebi. É muito importante escovar os dentes e não usar água. Então e a escova? Onde é que a guardamos?

Enfermeira: A vossa escova de dentes deve ser guardada com os pêlos virados para cima e num sítio limpo e sem pó. E não se esqueçam que devem lavar bem a vossa escova com água sempre que acabam de escovar os dentes.

Dente Tristinho: Mas eu sou muito esquecido. Se eu não trouxer a minha escova posso utilizar a escova de um amigo meu?

Enfermeira: Não devemos partilhar a nossa escova. É só nossa e cada um deve trazer a sua.

Dente Tristinho: Ah não sabia. Então não vou emprestar a minha escova a ninguém. Vou ficar com a minha escova para sempre!

Enfermeira: Não Dentinho Tristinho, não podes ficar com a mesma escova para sempre. Sempre que mudar a estação do ano deves mudar de escova, ou quando ele estiver estragada com os pêlos tortos, para baixo. E diz-me uma coisa, tu costumavas ir ao dentista?

Dente Tristinho: Ainda não fui nenhuma vez

Enfermeira: Mas sabes que tens uma cárie e esta só se trata no dentista.

Mas mesmo sem cáries deves ir na mesma ao dentista 2 vezes por ano.

Dente Tristinho: Aprendi muito enfermeira, quando chegar a casa vou contar tudo aos meus pais.

(entra o Dentinho Tristinho curado)

Dentinho Curado: Fui muito descuidado

Isso não volta acontecer

Vou escovar, vou limpar

Sempre no fim de comer



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vou ao Sr Dentista
Para ele me tratar
Com um sorriso lindo
Vou querer ficar!

FIM





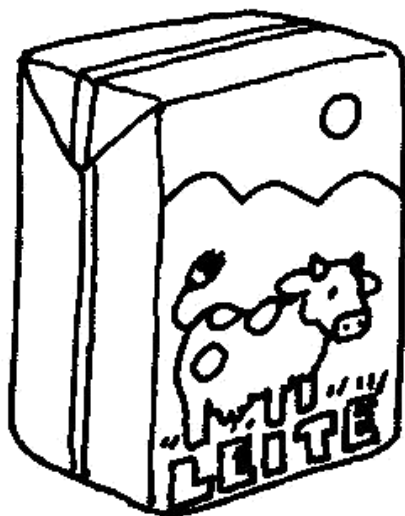
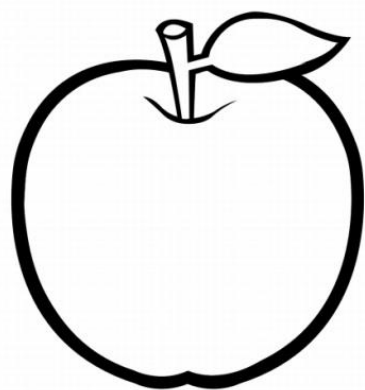
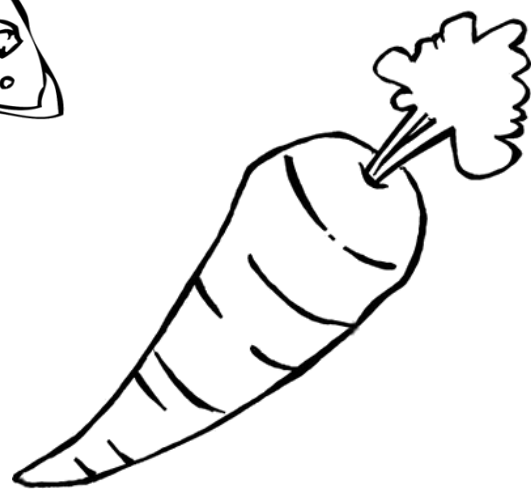
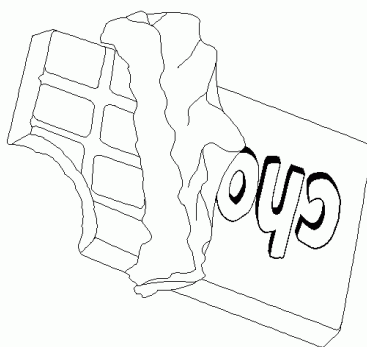
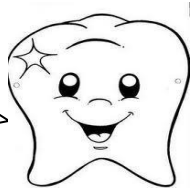
CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO VIII

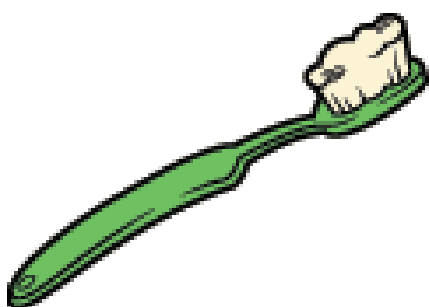
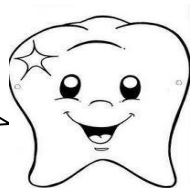
AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL – ATIVIDADE PARA CONSOLIDAR OS CONHECIMENTOS



Olá! Quais os alimentos que são bons para os teus dentes e quais os são maus. Pinta de **verde os bons** e de **vermelho os maus!**



Tenta agora escolher
os materiais que
precisas para escovar
os teus dentinhos!
Rodeia aqueles que
precisas!





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO IX

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL – DOCUMENTO INFORMATIVO PARA OS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO





AVISO

Exmo. Encarregado de Educação, vimos por este meio informar que no próximo dia **19** de **novembro** de 2013 realizar-se-á uma atividade de escovagem de dentes no jardim de infância, para a qual será necessário que os alunos tragam uma escova e pasta de dentes devidamente identificadas. Esta atividade será realizada pela enfermeira da UCC de Matosinhos e a aluna de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.



Agradecemos desde já a disponibilidade,



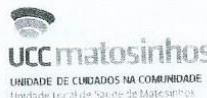


CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO X

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL – CHECK LIST DO TREINO DA ESCOVAGEM DOS DENTES E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS





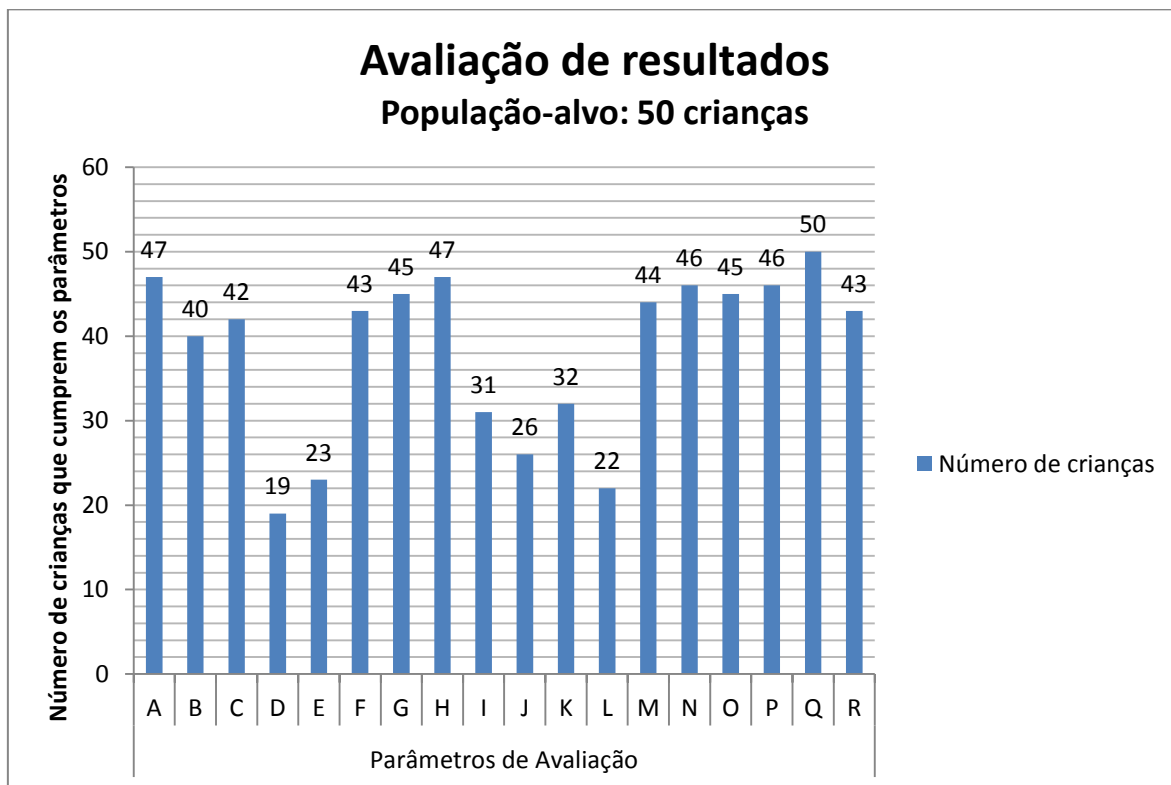
CHECK- LIST DO TREINO DE ESCOVAGEM DOS DENTES

Turma: _____ Escola: _____

Professora: _____

	Aspetos a Avaliar:	Adequado	Não adequado	Observações
Escova de dentes	Textura			
	Tamanho			
	Estado			
	Cápsula de protecção			
Pasta Dentífrica	Quantidade de Fluor			
	Quantidade de pasta a colocar na escova de dentes			

	Aspetos a Avaliar:	Sim	Não	Observações
Técnica da escovagem dos dentes	Escova a superfície externa dos dentes			
	Lava dois dentes de cada vez;			
	Realiza 5 movimentos circulatorios ou de vaivém em cada 2 dentes;			
	Começa a escovagem no último dente de um dos maxilares e escova até ao último dente do lado oposto.			
	Escova a superfície interna dos dentes			
	Lava dois dentes de cada vez;			
	Realiza 5 movimentos circulatorios ou de vaivém em cada 2 dentes;			
	Começa a escovagem no último dente de um dos maxilares e escova até ao último dente do lado oposto.			
	Escova a superfície mastigatória dos dentes			
	Lava dois dentes de cada vez;			
	Realiza 5 movimentos de vaivém em cada 2 dentes;			
	Lavagem da Língua			
	Realiza a Lavagem da Língua, de trás para a frente;			
	Realiza 5 movimentos na língua;			
	Após escovagem:			
Cospe o excesso de pasta;				
Não bochecha com água;				



Legenda do gráfico		
Alínea	Quanto à:	Parâmetro de avaliação correspondente
A	Escova de dentes	Textura
B		Tamanho
C		Estado
D		Cápsula de proteção
E	Pasta dentífrica	Quantidade de fluor
F		Quantidade de pasta a colocar na escova de dentes
G	Técnica da escovagem dos dentes: escova a superfície externa dos dentes	Lava dois dentes de cada vez
H		Realiza cinco movimentos circulatorios ou de vaivém em cada dois dentes
I		Começa a escovagem no último dente de um dos maxilares e escova até ao último dente do lado oposto
J	Técnica da escovagem dos dentes: escova a superfície interna dos dentes	Lava dois dentes de cada vez
K		Realiza cinco movimentos circulatorios ou de vaivém em cada dois dentes
L		Começa a escovagem no último dente de um dos maxilares e escova até ao último dente do lado oposto
M	Técnica da escovagem dos dentes: escova a superfície mastigatória dos dentes	Lava dois dentes de cada vez
N		Realiza cinco movimentos circulatorios ou de vaivém em cada dois dentes
O	Técnica da escovagem dos dentes: lavagem da língua	Realiza a lavagem da língua, de trás para a frente
P		Realiza cinco movimentos na língua
Q	Técnica da escovagem dos dentes: após escovagem	Cospe o excesso de pasta
R		Não bochecha com água





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO XI

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL – MEDALHAS DO “SUPER DENTE”









CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO XII

PLANO E SESSÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AMAMENTAÇÃO E REGRES



<p>Tema da Sessão: Amamentação e regresso ao trabalho</p> <p>Data e hora: 7/10/2013 às 11h30</p> <p>Local: UCC de Matosinhos</p> <p>Público-alvo: Todos os pais que estão inscritos no Curso de Educação Parental</p> <p>Duração prevista: 60 min</p> <p>Formadora: Ana Pereira</p> <p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover estratégias para manter a amamentação quando a mãe regressar ao trabalho	<p>Objetivos específicos: Que os pais adquiram conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• as vantagens do leite materno;• as estratégias de manter a produção de leite materno, quando a mãe voltar ao trabalho;• as estratégias de aumentar a produção do leite materno, quando a mãe regressar ao trabalho;• Armazenamento correto do leite materno;• A preparação correta do leite adaptado;• A posição correta do bebé quando está ser alimentado por biberão.
---	--

Fases	Duração (min)	Conteúdo	Método/Estratégia	Recursos
Introdução	5	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação ao grupo; • Apresentação do tema e objetivos da sessão; • Motivação do grupo; 	Expositivo Interativo	
Desenvolvimento	40	<ul style="list-style-type: none"> • Vantagens do leite materno; • Estratégias de manter a produção de leite materno, quando a mãe voltar ao trabalho; • Estratégias de aumentar a produção do leite materno, quando a mãe regressar ao trabalho; • Armazenamento correto do leite materno; • A preparação correta do leite adaptado; • A posição correta do bebé quando está ser alimentado por biberão. 	Expositivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Data-show
Conclusão	10	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados na sessão; 	Expositivo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas
Avaliação	5	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de um jogo interativo 	Interativo	- Realizadas perguntas



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



SUMÁRIO

- Aleitamento Materno
- Livre demanda
- Extracção de leite
- Armazenamento/ Conservação/ Descongelamento
- Leite Adaptado
- Legislação
- Desmame Progressivo





AMAMENTAR, ATÉ QUANDO?



Organização Mundial da saúde

- **Aleitamento materno exclusivo** até aos 6 meses de idade.
- A partir dos 6 meses de idade introduzir alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e **manter o aleitamento materno**.
- As crianças devem continuar a ser amamentadas até os 2 anos de idade, desde que continue a ser prazeroso para ambas as partes.





Livre demanda

- O bebé deve ser amamentado em regime livre. Ele é que escolhe a hora de mamar;
- Não limitar o tempo da mamada, mas não deixar que o bebé faça do mamilo chupeta;
- Há bebés que precisam de 4 min. mas outros podem precisar até 30 min.

Aleitamento materno

Vantagens para a bebé

Previne infeções e risco de alergias

Fácil digestão e previne a diabetes e obesidade;

Reforça a ligação entre mãe e filho

Melhor desenvolvimento intelectual.



Vantagens para a mãe

Permite à mãe sentir um prazer único;

Menor risco de contrair cancro da mama, ovário e útero;

Restabelece mais rapidamente o peso gravídico.



Reflexo de Prolactina





Reflexo da ocitocina



Porque extrair leite materno?





Quando extrair leite materno?

Para manter a lactação

- 1 hora após amamentar
- Minutos antes da mamada
- Momentos que estaria a dar de mamar

Quando extrair leite materno?

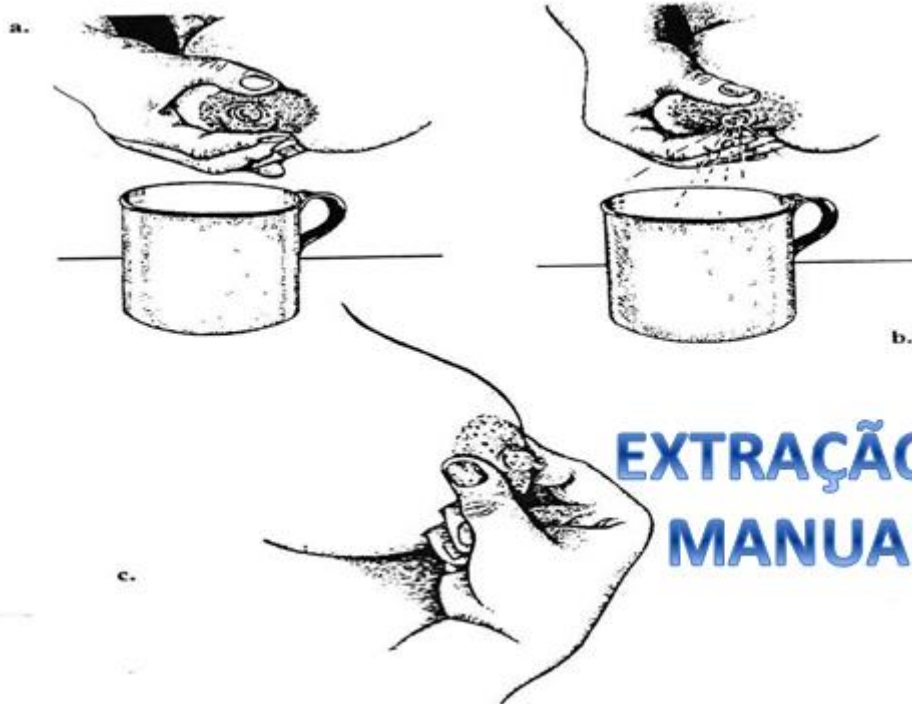
Para aumentar a lactação

- Durante a noite



Aumento da
secreção da
prolactina





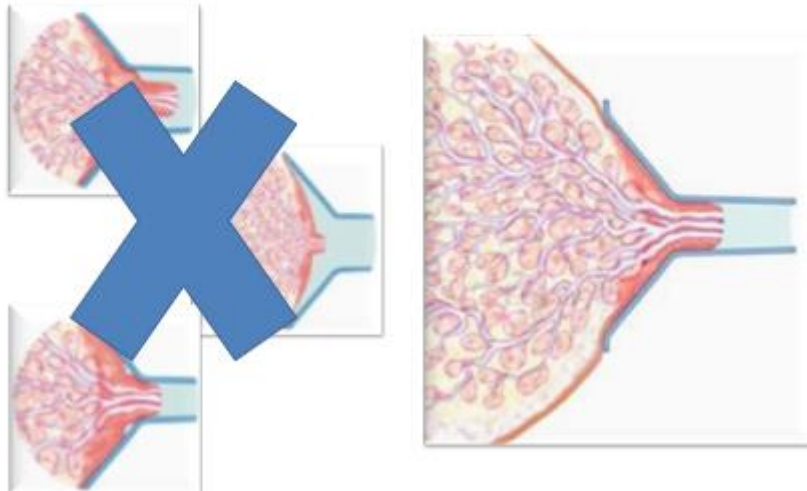
EXTRAÇÃO MECÂNICA





EXTRAÇÃO MECÂNICA

Cuidados a ter



COMO CONSERVAR O LEITE?





CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4° C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10° C)	3/5 dias*
*Se temp. >5°C depois 3º dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato





- Iniciar a extração de leite alguns dias antes
- Aproveite para amamentar mais vezes quando está com o bebé
- Amamente antes de ir trabalhar
- Amamente ao regressar do trabalho
- Extrair leite no trabalho



LEITE ADAPTADO





Elaborado a partir
de leite de vaca, alterado
de maneira a satisfazer
as necessidades do bebé

Preparação de leite adaptado





Limpeza do biberão/tetina

Devem lavar as mãos antes de iniciar a lavagem do material;

Devem lavar os biberões e as tetinas, usando água quente e escovilhão;

A lavagem é feita para remover todos os restos de leite que ainda possam existir no biberão;



Esterilização do biberão/tetina

Esterilização por vapor

Consiste em colocar o material em cestos do esterilizador.

Biberões com o bucal virado para baixo.

Seguir as instruções do fabricante.



Esterilização por micro-ondas

Consiste em aquecer o material em água, num recipiente próprio para esterilizações no microondas.

Seguir instruções do fabricante.





Esterilização do biberão/tetina

Esterilização por fervedura



**Consiste em
colocar o material
em água a ferver .**

**As tetinas não
devem ser
fervidas por mais
de 3 minutos.**

Seguir instruções do
fabricante.

**Os biberões não
devem ser
fervidos por mais
de 10 minutos.**

Seguir instruções do
fabricante.

Deslocação:



Preparar o biberão
na hora do
consumo.



Levar numa garrafa
térmica, bem
limpa, água
recentemente
fervida



Levar num
recipiente o leite
em pó com a
dosagem já
ajustada



Qual a forma
mais correta
de dar o
biberão ao
meu bebé?



O empregador tem o direito de ser avisado pela trabalhadora que esta irá entrar em regime de dispensa de aleitação, com uma antecedência de dez dias relativamente ao início desta

Neste regime não existem perdas de remuneração nem regalias, contudo após um ano, tal regalias só se mantêm caso exista uma dispensa médica.

Legislação

Artigos 47º e 48º do
Decreto-Lei nº7/2009 do
Código do Trabalho

Redução no horário de trabalho de duas horas/dia, no caso de ser uma gravidez múltipla acresce trinta minutos a cada gémeo.

Dispensa diária para a amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com duração máxima de uma hora cada





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



DESMAME

Usualmente, este termo refere-se ao abandono progressivo da amamentação.

É imprescindível que a mãe seja capaz de identificar que o desmame tem que ser um processo gradual e natural adaptado ao ritmo com que a criança consegue aprender novas capacidades.





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LINHA VERDE DE
AMAMENTAÇÃO
ULSM
229391340



Podem consultar na internet:
Manual de Aleitamento Materno
(disponível em documento pdf)





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO XIII

PLANO E SESSÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – ESTIMULAR O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL



<p>Tema da Sessão: Estimular o Crescimento e o Desenvolvimento Infantil</p> <p>Data e hora: 29/10/2013 às 10h30 19/11/2013 às 11h</p> <p>Local: UCC de Matosinhos</p> <p>Público-alvo: Todos os pais que estão inscritos no Curso de Educação Parental</p> <p>Duração prevista: 60 min</p> <p>Formadora: Ana Pereira</p>	<p>Objetivos gerais: Sensibilizar os pais para a importância do brincar para o desenvolvimento psicossocial e motor da criança</p> <p>Objetivos específicos: Que os pais adquiram conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Os principais marcos de desenvolvimento até ao primeiro ano de vida;• Como brincar com o seu filho para estimular o desenvolvimento do mesmo;• Como fazer brinquedos artesanais (com baixo custo económico).
--	--

Fases	Duração (min)	Conteúdo	Método/Estratégia	Recursos
Introdução	5	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação ao grupo; • Apresentação do tema e objetivos da sessão; • Motivação do grupo; 	Expositivo Interativo	
Desenvolvimento	40	<ul style="list-style-type: none"> • Os principais marcos de desenvolvimento até ao primeiro ano de vida; • Como brincar com o seu filho para estimular o desenvolvimento do mesmo; • Como fazer brinquedos artesanais (com baixo custo económico). 	Expositivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Data-show; - Meias; - Linhas; - Agulhas; - Retalhos de tecidos; - Tesoura.
Conclusão	10	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados na sessão; 	Expositivo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas
Avaliação	5	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de um jogo interativo 	Interativo	- Realizadas perguntas



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



ESTIMULAR O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO

INFANTIL

SUMÁRIO

- MARCOS DE DESENVOLVIMENTO
- BRINCAR, ESTIMULAR O BEBÉ
- BRIQUEDOS ARTESANAIS





- *“A estimulação é tão importante para o desenvolvimento psicossocial quanto a alimentação para o desenvolvimento físico.”(Wong, 2011)*

* O que o bebé é capaz de fazer!

3º MÊS

Em decúbito dorsal, segue os objetos com os olhos

Emita sons

Puxado para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso



Sorri quando se fala com ele, olhando-o na face

Ansiedade de separação, aos 4 meses

Em decúbito ventral, levanta activamente a cabeça apoiando-se nos antebraços

Boa resposta social á aproximação de um rosto familiar





* Como brincar?

3º MÊS



Fazer rir

- Relacionamento
- Segurança
- Linguagem
- Sorriso

Primeiros livros

- Visão
- Concentração
- Memória
- Linguagem
- Destreza manual

Tagarelar

- Fala e comunicação
- Estabele relações
- Imitação

Observar objetos

- Visão
- Virar a cabeça em direção ao som
- Fortalece o pescoço
- Compreensão
- Concentração



* O que o bebé é capaz de fazer!

6º MÊS

Medo de estranhos

Procura fonte sonora

Controla a cabeça na posição de sentado



Preensão palmar dos objectos, leva-os á boca

Transfere objectos de uma mão para a outra

Vocaliza muito

Interessada no meio ambiente. Socialmente muito activa atenta e curiosa





* Como brincar?

6º MÊS



Bater palmas

- Controlo das mãos
- Coordenação mão/olho
- Concentração
- Observação

Blocos de construção

- Manipulamento
- Coordenação mão/olho
- Concentração
- Força
- Causa e efeito

Rebolar

- Rotação
- Mobilidade
- Força
- Coordenação
- Curiosidade

Saco de brinquedos

- Raciocínio
- Concentração
- Coordenação mão/olho
- Destreza manual



* O que o bebé é capaz de fazer!

9º MÊS

Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas)



Começa a praticar imitação (bater palmas, gesto do adeus, etc)

Leva tudo à boca

Distingue familiares de estranhos

Mastiga – leva uma bolacha à boca

Vocaliza deliberadamente (repete sons ou sílabas)





* Como brincar?

9º MÊS



Jogo esconde, esconde

- Curiosidade
- Raciocínio
- Concentração
- Linguagem

Oferecer objetos diferentes e afastados

- Incentivar alternar os posicionamentos

Chamar os objetos pelo nome

- Linguagem
- Raciocínio
- Concentração
- Memória

Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro

- Raciocínio
- Destreza manual
- Aproximamento da apreensão
- Coordenação mão/olho
- Concentração



* O que o bebé é capaz de fazer!

12º MÊS

Bebe pelo copo com ajuda

Sacode a cabeça para dizer não

Passa de uma posição para a outra (sentada, de gatas, de pé)



Tenta chamar a atenção

Anda com apoio

Demonstrações de ternura

Segura na colher mas não a usa

Pega nos brinquedos com as duas mãos

Explora e manipula objectos





*Como brincar?

12º MÊS



Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos

- Coordenação mão/olho
- Aperfeiçoamento da preensão
- Criatividade
- Raciocínio

Andar às cavalitas

- Equilíbrio
- Coordenação
- Força
- Compreensão
- Confiança

Apontar para várias partes do corpo e diga o nome de cada uma

- Linguagem
- Raciocínio
- Memória
- Concentração

Pinturas com as mãos

- Controlo das mãos
- Coordenação mão/olho
- Causa e efeito
- Imaginação



BRINCAR DOS 0 AOS 12 MESES





* Como brincar?

Dos 0 aos 12 meses



Fantoches

- Compreensão
- Memória
- Curiosidade
- Concentração
- Imaginação

Dançar

- Controlo da cabeça
- Consciência dos movimentos
- Força e mobilidade
- Diversão

Lengalengas

- Linguagem
- Audição
- Memória
- Relaxamento
- Coordenação
- Antecipação

* Como brincar?

Dos 0 aos 12 meses



Massagem

- Relacionamento
- Confiança
- Relaxamento
- Serenidade
- Mobilidade

Espelhos

- Reconhecer caras
- Reconhecer coisas
- Consciência do eu
- Memória
- Visão
- Imitação

Diferentes
texturas

- Controlo manual
- Experimentação
- Ideia dos opostos





* Como brincar?

Dos 0 aos 12 meses



Cantar para o bebé

- Linguagem
- Audição
- Resposta à música
- Memória
- Relacionamento
- Ritmo

Abanar e agitar objectos

- Controlo manual
- Coordenação mão/olho
- Prensão
- Causa e efeito
- Audição

CUIDADOS A TER NA ESCOLHA DE BRINQUEDOS

- Marcação CE indica que o produto atende a legislação da União Europeia em requisitos como segurança, higiene e proteção ambiental estando, desta forma, credenciado a circular por todo Espaço Económico Europeu
- A embalagem deve conter a idade das crianças para o qual está direcionado, instruções e avisos de perigo e cuidados a ter com a sua utilização





JOGO INTERATIVO

VAMOS IDENTIFICAR, QUAL É A IDADE DESTE BEBÉ?

3 MESES



Como posso brincar com o bebé nesta idade?

- ➔ A. Tagarelar com o bebé
- B. Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos
- C. Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe



JOGO INTERATIVO

VAMOS IDENTIFICAR, QUAL É A IDADE DESTE BEBÉ?

6 MESES



Como posso brincar com o bebé nesta idade?

- A. Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...)
- ➔ B. Oferecer brinquedos apropriados de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra
- C. Aponte para várias partes do corpo e diga o nome de cada uma

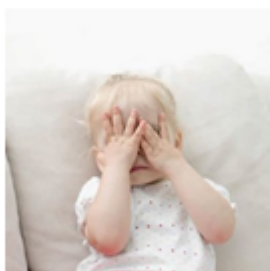




JOGO INTERATIVO

VAMOS IDENTIFICAR, QUAL É A IDADE DESTE BEBÉ?

9 MESES



Como posso brincar com o bebé nesta idade?

- ➡ A. Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia
- ➡ B. Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema»
- ➡ C. Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais

JOGO INTERATIVO

VAMOS IDENTIFICAR, QUAL É A IDADE DESTE BEBÉ?

12 MESES



Como posso brincar com o bebé nesta idade?

- ➡ A. Pinturas com as mãos
- ➡ B. Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe
- ➡ C. Aponte para várias partes do corpo e diga o nome de cada uma





PORQUE NÃO, FAZER OS BRINQUEDOS PARA OS NOSSOS BEBÉS?

BRINQUEDOS ARTESANAIS





BRINQUEDOS ARTESANAIS



BRINQUEDOS ARTESANAIS





BIBLIOGRAFIA

- Hockenberry, M.J; Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier.
- DGS – Plano Nacional Saúde Infantil e Juvenil 2012: Discussão pública. Texto apoio 1 - Avaliação do Desenvolvimento
- Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. Cadernos da OE, Série I, Nº 3, Vol.1
- Papalia, D. E.; Olds, S.W.; Feldman, R.D. (1999). *O Mundo da Criança*, 8ª edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal,Lda.
- Stoppard, M. (2009). *Primeiras competências do bebé*, Porto: Civilizaçãoeditora.

OBRIGADO



Blog de brinquedos manuais:

www.pontodeencontrodapedagogia.blogspot.pt

www.viladoartesaio.com.br

www.casadobrinca.com.br

<http://bonitoservico-bs.blogspot.pt/2013/08/como-pendurar-o-mobile-do-meu-bebe-how.html>

