



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **ALIMENTAÇÃO INFANTIL: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

MESTRANDO:

**Maria Manuela Severino Correia**

PROFESSOR ORIENTADOR:

**Margarida Lourenço**

Sintra, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Maria Manuela Severino Correia,**

**Sob orientação da Sr<sup>a</sup> Professora Margarida Lourenço**

Sintra, Fevereiro de 2011

**“Só aqueles que têm paciência para fazer coisas simples com perfeição, é que irão adquirir habilidade para fazer coisas difíceis com facilidade.”**

(Johann Christoph von Schiller)

**“A aceitação faz-me dizer «sim» a uma realidade percebida, num primeiro tempo, como negativa, porque ela faz despertar em mim o pressentimento de que algo de positivo pode vir a despontar. Há nela, por conseguinte, uma perspectiva de esperança.”**

(Jacques Philippe)



## **AGRADECIMENTOS**

Ter entrado no curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em saúde infantil e pediatria, foi um sonho concretizado de que muito me alegro. No entanto, não teria conseguido superar todas as dificuldades e obstáculos, se não estivesse estado rodeada de pessoas cheias de boa vontade e paciência.

Assim, quero agradecer a todos os meus colegas do serviço de obstetrícia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, pela ajuda nas trocas de turnos e a paciência para com o meu cansaço.

Quero agradecer aos meus orientadores dos locais de estágio, pela sua disponibilidade e à Professora Margarida Lourenço pelo apoio e suas sábias sugestões.

Por último, mas principalmente, agradeço aos meus pais pela ajuda, em todos os sentidos, que me prestaram e pelo carinho e força que sempre me foram dando ao longo destes longos meses. Ao Filipe, bem-haja por esperares por mim e aceites as minhas ausências, tendo sempre um abraço cheio de amor à minha espera.



## LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

**AAM:** Auxiliar de Acção Médica

**ACES:** Agrupamentos de Centros de Saúde

**AMP:** Atendimento Médico Permanente

**DGS:** Direcção-Geral de Saúde

**DM:** Diabetes Mellitus

**EESIP:** Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

**ESCA:** Espaço para a Saúde da Criança e do Adolescente

**EV:** Endovenoso

**HFF:** Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

**HL:** Hospital da Luz

**ICN:** Conselho Internacional de Enfermeiros

**LFP:** Leite de fórmula para prematuros

**LHD:** Leite humano de dadora

**LM:** Leite materno

**MAC:** Maternidade Alfredo da Costa

**OE:** Ordem dos Enfermeiros

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**SO:** Sala de Observação

**UCC:** Unidade de cuidados na comunidade

**UCINP:** Unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos

**UCP:** Universidade Católica Portuguesa

**USF:** Unidade de saúde familiar

## ÍNDICE DE FIGURAS:

**Figura nº 1 – Modelo de Promoção da Saúde Revisto -----17**

**Figura nº 2 – Estrutura do ACES VII Amadora -----23**



## RESUMO

O presente relatório, é a apresentação escrita do caminho percorrido nos estágios inseridos no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

Os estágios tiveram lugar em diferentes contextos da prática clínica: cuidados de saúde primários, internamento de pediatria, cuidados intensivos pediátricos e neonatais e urgência pediátrica.

Durante todo o estágio e em todos os contextos, procurámos conduzir as nossas actividades e estratégias, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, na tentativa de seguir as recomendações internacionais para a saúde das populações, decorrentes das conferências internacionais de promoção da saúde.

Um dos importantes papéis de um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria é contribuir para uma melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças/jovens e famílias. Uma das áreas de intervenção recomendadas pelos parceiros internacionais e por nós escolhidas para desenvolver o nosso trabalho como formandas, foi a alimentação infantil.

A alimentação tem várias funções, como o providenciar crescimento e força, ser terapêutica, contribuir para a estética...Promover uma alimentação equilibrada, contribui para prevenir um leque importante de doenças crónicas que no futuro, podem causar elevados níveis de morbidade e mortalidade.

Embora não nos tenha sido possível trabalhar a temática da alimentação, em todos os campos de estágio, todas as actividades desenvolvidas foram no âmbito da promoção do bem-estar.

Como o leitor poderá constatar, foram trabalhadas e desenvolvidas várias competências ao longo do estágio, de forma a adquirir os níveis de conhecimentos e habilidades requeridas, para nos tornarmos Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria. Aprofundámos conhecimentos no que se refere ao desenvolvimento infantil, doenças infantis e cuidados de enfermagem, com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem de excelência. Promovemos a formação dos colegas e elaborámos procedimentos, tentando contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Participámos na gestão de recursos e de cuidados e, realizámos reflexão e análise crítica de todo o percurso.

Por tudo isto, consideramos atingidos os nossos objectivos de formação e desenvolvimento profissional, e que temos um longo caminho à nossa frente, no mundo dos cuidados a crianças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação infantil, Promoção da Saúde; Enfermeiro Especialista em saúde infantil e pediatria

## **ABSTRACT**

The present report aims to demonstrate the course taken during the internships included in the Master's degree course in Pediatric Nursing.

It has taken place in four different clinical areas: primary health care, pediatrics infirmary, pediatric and neonatal intensive care and pediatric emergency room.

During the internship and in all contexts, we have conducted our activities and strategies in pursuit of health promotion and the disease prevention, trying to follow the international recommendations to population's health, resulting of the international conferences on health promotion.

As specialized Pediatric Nurses it is part of our role to give contributions to children/ teenagers and their families to grow with better health and life quality. One of the strategies recommended by international partners in pursuit of the populations well being, and chosen by us to work with was children's food.

Food has several purposes like growth, socialize, straight, therapy, appearance... Promoting balanced eating habits, makes us prevent several chronic diseases in the future, that can cause high levels of morbidity and mortality.

Though we were not able to work the children's feeding subject in all of the internship areas, all our activities were directed to the promotion of well being.

As the reader can see forward, we have developed a range of skills, regarding the accomplishment of the knowledge required to become a specialist pediatric nurse. We have deepened our knowledge about children development, diseases and care, in order to provide better and more complete nurse care. We promoted colleagues education and carried out written procedures aiming a quality improvement in nurse care. We helped in the unit management, and made a critical analysis of the process.

For all that, we consider our educational and professional goals achieved, and that we have a long way ahead of us in the world of children's care.

**KEY WORDS:** Children's food; Health Promotion; Pediatric Nurse

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	ALIMENTAÇÃO INFANTIL E SUA PERTINÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	16
2.1	Justificação do Tema .....	16
2.2	Enfermagem no Modelo da Promoção da Saúde .....	18
3.	EXPERIÊNCIAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO ....	24
3.1	Recursos da Comunidade - Consulta de Pediatria do HFF .....	24
3.2	ACES VII – Amadora: UCSP Buraca .....	25
3.3	Cuidar no Internamento de Pediatria .....	34
3.4	Os Cuidados Neonatais .....	40
3.5	Os Cuidados na Urgência Pediátrica .....	46
4.	AVALIAÇÃO REFLEXÃO GLOBAL .....	51
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
	<b>ANEXOS</b> .....	62
	<b>ANEXO I</b> – Ajuda na Amamentação: como ultrapassar dificuldades? .....	63
	<b>ANEXO II</b> – Manual de Procedimentos para a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 24 meses .....	69
	<b>ANEXO III</b> – Plano e avaliação da sessão informativa .....	273
	<b>ANEXO IV</b> – Pesquisa bibliográfica sobre feridas em pediatria (CD) .....	279
	<b>ANEXO V</b> – Compêndio: Cuidar de Feridas no Utente Pediátrico .....	281
	<b>ANEXO VI</b> – Plano da acção de formação sobre Cuidar de Feridas no Utente Pediátrico .....	343
	<b>ANEXO VII</b> – Divulgação da acção de formação – Enfermagem Pediátrica e o Tratamento de Feridas: uma actualização de conhecimentos. ....	346
	<b>ANEXO VIII</b> – Diapositivos da acção de formação - Enfermagem Pediátrica e o Tratamento de Feridas: uma actualização de conhecimentos. ....	350
	<b>ANEXOS IX</b> – Questionário da avaliação da acção de formação .....	358
	<b>ANEXO X</b> – E-mail’s trocados com médico responsável pelo BLM .....	362
	<b>ANEXO XI</b> – Compêndio: Leite Humano de Dadora para Recém-nascidos Prematuros .....	366
	<b>ANEXO XII</b> – Procedimento: Prescrição, Pedido e Administração de LHD aos recém-nascidos prematuros .....	384
	<b>ANEXO XIII</b> – Procedimento: Conservação, manipulação e preparação do LHD .	390

<b>ANEXO XIV</b> - Pesquisa Bibliográfica sobre alimentação do recém-nascido prematuro (CD) .....	396
<b>ANEXO XV</b> – Artigo: Alimentação de Recém-Nascidos Prematuros – Leite Materno, Leite Humano de Dadora, Leite de Fórmula para Prematuros – o que sabemos? .....	398
<b>ANEXO XVI</b> – Pesquisa Bibliográfica sobre diabetes inaugural (CD) .....	412
<b>ANEXO XVII</b> – Compêndio: Diabetes Mellitus em Pediatria: diabetes inaugural/cetoacidose diabética – Intervenções de Enfermagem .....	414
<b>ANEXO XVIII</b> – Procedimento: Cuidados de enfermagem na diabetes inaugural/cetoacidose diabética na criança .....	430
<b>ANEXO XIX</b> – Poster: Diversificação Alimentar .....	438



## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é o resultado da reflexão e fundamentação das actividades realizadas e competências desenvolvidas, no decurso dos módulos de estágio I, II e III, realizados no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Ao elaborarmos este relatório tivemos como principal objectivo comunicar os resultados de um percurso, descrevendo e fundamentando, as escolhas efectuadas, as actividades desenvolvidas e as aprendizagens e competências adquiridas.

Cada módulo de estágio foi desenvolvido de acordo com as orientações do curso e, em cada um deles, tentámos aplicar a temática do projecto por nós escolhida, de acordo com as necessidades e contingências dos locais palco do processo de ensino-aprendizagem.

O tema sobre o qual desenvolvemos o nosso projecto foi a “Alimentação Infantil”. Esta temática foi escolhida por poder ser transversal a todos os módulos de estágio e principalmente, porque a alimentação é um importante foco de atenção da enfermagem. A alimentação reveste-se de múltiplas funções: nutricional, desenvolvimental, preventiva, cultural, terapêutica, emocional... Ela é contemplada por diversas Teóricas de Enfermagem como foco de avaliação e intervenção de enfermagem no sentido de promoção da saúde e da relevância terapêutica.

Podemos ilustrar esta afirmação recordando a Necessidade Humana Fundamental de *comer e beber de forma adequada* de Virgínia Henderson; o *Facilitar a manutenção de nutrição a todas as células do corpo* nos 21 Problemas de Enfermagem de Faye Abdellah; a *manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida* na teoria do Défice de Auto-cuidado de Dorothea Orem; das 12 Actividades de Vida do Modelo de Enfermagem baseado no Modelo de Vida de Nancy Roper, Logan e Tierney, podemos destacar o *comer e beber* (TOMEY & ALLIGOOD, 2004); mais recentemente da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), podemos evocar o foco *Nutrição*.

ANDRADE (2006) anunciou que os estudos epidemiológicos nacionais e internacionais revelam que as taxas de prevalência de excesso de peso e obesidade infantil tornam premente uma intervenção eficaz na promoção de hábitos alimentares saudáveis na população infantil. As medidas a serem tomadas devem ser coordenadas e multidisciplinares, não esquecendo da importância da integração da família na educação para a saúde e na promoção de hábitos de vida saudáveis.

Perante as afirmações deste autor se depreende que, a saúde e qualidade de vida futura das crianças pode estar em risco, pelo que é fundamental promover uma alimentação equilibrada, não só para evitar perdas de saúde mas também para controlar distúrbios já existentes.

Na nossa perspectiva, os enfermeiros podem desempenhar um papel fulcral na promoção de uma alimentação saudável e na detecção precoce de erros alimentares e situações de risco, pelo facto de trabalharem em grande proximidade com as populações.

A intervenção de enfermagem em aspectos promotores de saúde na criança/jovem e família (como a alimentação) vai reflectir-se no seu desenvolvimento harmonioso e saudável, podendo contribuir para a vivência de uma vida plena e bem integrada socialmente.

Para intervirmos como enfermeiros importa compreender o que é Enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, pág. 4) a **Enfermagem** é

*«(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível».*

A Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, segundo a OE (2009, pág 7) é: “*Dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e inserção social em todos os contextos de vida*”.

Tendo em conta tais afirmações, desenhar o nosso projecto de estágio sobre a temática da alimentação infantil fez-nos todo o sentido, desenvolvendo actividades de promoção de saúde, formação e prevenção de complicações sempre na procura do desenvolvimento de competências próprias do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

As actividades à frente descritas e fundamentadas tiveram lugar em Recursos da Comunidade (consulta externa de pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE), na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Buraca (ACES VII Amadora), correspondendo ao **módulo I**; no Internamento de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), correspondendo ao **módulo II**; o **módulo III** subdividiu-se em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), que teve lugar no HFF e Urgência Pediátrica, que decorreu no Atendimento Médico Permanente (AMP) do Hospital da Luz (HL). A escolha de tais locais para a realização dos diferentes módulos de estágio prendeu-se com a nossa procura de um leque variado de experiências e riqueza em aprendizagens, como se poderá perceber na descrição de cada um deles adiante neste trabalho.

Transversalmente a todo o nosso percurso tivemos como referência o objectivo: **contribuir para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil através de intervenções de enfermagem sobre a alimentação**. Em todos os contextos prestamos cuidados de enfermagem directos à criança e família, com integração de conhecimentos teórico-científicos e não perdendo de vista o desenvolvimento de competências, no âmbito da enfermagem especializada, descritas pela OE no documento de Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (2009). Paralelamente, efectuamos diagnósticos de situação, de modo a poder ser aplicado a cada contexto, a temática do nosso projecto. Tal levantamento das necessidades, foi realizado através de observação do funcionamento e estrutura dos serviços, consulta de documentação e auscultação dos profissionais, tendo sido imperativas as suas solicitações.

A metodologia subjacente a todo este processo foi, inicialmente o trabalho de projecto, tendo sido elaborado um projecto, antes do início do estágio, onde foram definidos objectivos e actividades a desenvolver em cada módulo, procurando dar resposta ao tema escolhido e orientando o processo de ensino-aprendizagem. Ao longo do estágio recorreremos à metodologia de portfólio, que nos ajudou a organizar referências bibliográficas, planos de intervenção, trabalhos produzidos e a avaliar os seus resultados.

Este relatório foi estruturado de modo a que, num momento inicial justificamos a escolha do tema *Alimentação infantil*, apresentamos uma breve abordagem ao modelo teórico de enfermagem subjacente ao nosso pensamento crítico, e posteriormente passamos ao enquadramento de cada campo de estágio, apresentação dos objectivos, actividades realizadas e competências adquiridas, bem como a reflexão crítica e fundamentação das nossas escolhas e decisões. Terminamos com uma avaliação global das experiências e aprendizagens vivenciadas e seguidamente em anexo, apresentamos os trabalhos realizados ao longo do estágio e referenciados ao longo do texto.

A nossa passagem pelos diferentes módulos de estágio ocorreu pela seguinte ordem: módulo I, módulo III e por fim módulo II. Esta alteração na sequência lógica deveu-se à nossa distribuição pelos campos de estágio de acordo com as vagas disponíveis, o que se pode verificar pelas datas em que cada um se realizou. No entanto neste relatório, escolhemos usar a ordem: módulo I, módulo II e módulo III.

## **2. ALIMENTAÇÃO INFANTIL E SUA PERTINÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Como referimos anteriormente, a alimentação é um aspecto da vida humana à qual muitas das teóricas das Ciências de Enfermagem deram relevância. Por outro lado, vários autores referem também que os bons hábitos alimentares são mais fáceis de adquirir na infância, o que pode prevenir inúmeras doenças crónicas ao longo da vida.

### **2.1 Justificação do Tema**

Uma adequada nutrição está directamente relacionada com um bom estado de saúde ao longo de toda a vida. Factores alimentares regulam o desenvolvimento ao longo de todas as fases de crescimento, iniciando-se no período pré-natal: *“uma má nutrição pode influenciar o desenvolvimento desde o momento da implantação do ovo até ao nascimento”* (HOCKENBERRY [et al], 2006 pág 95).

Com o nascimento de um filho, as mães confrontam-se com a decisão de amamentar ou alimentar o seu bebé com leites de fórmula. A intervenção do enfermeiro como educador e promotor da saúde pode ajudar as mães em tal decisão, assim como na resolução de dúvidas e dificuldades que possam surgir.

No primeiro ano de vida as necessidades de crescimento e os marcos de desenvolvimento levam à introdução de diversos alimentos, com vista a dar resposta às demandas nutricionais dessa fase acelerada de crescimento. *“Certas condições clínicas estão ligadas às práticas alimentares durante o período de lactação.”* (HOCKENBERRY [et al], 2006 pág 328). Os enfermeiros devem intervir no sentido de educar os pais sobre os alimentos e hábitos nutricionais saudáveis para o seu filho.

As variações no ritmo de crescimento ao longo da infância levam à ocorrência de alterações nas necessidades de nutrientes e da quantidade de comida ingerida. Um exemplo desta situação é a chamada anorexia fisiológica que acontece por volta dos 18 meses, coincidindo com uma desaceleração do crescimento.

As crianças vão também mostrando preferências alimentares e tendem a imitar comportamentos e a serem influenciadas por publicidade. A comida pode ser associada a algum tipo de conduta, podendo ser vista como um prémio ou um castigo. *“Hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros dois ou três anos de vida tendem a ter efeitos duradouros nos anos subsequentes”* (HOCKENBERRY [et al], 2006 pág 402).

Segundo BRAND (2006), comer é uma experiência importante para as crianças, pois, fornece-lhes os nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento, e proporciona-lhes

oportunidades para aprendizagens e interação social com a família e o meio ambiente desde a sua vida intra-uterina.

No contexto escolar as crianças são ensinadas acerca da pirâmide alimentar, quais os “bons” alimentos e quais devem ser evitados, podendo mesmo constituir-se como um veículo educacional para a família.

Com a chegada da adolescência, aumentam novamente as necessidades nutricionais por esta se constituir uma fase de crescimento acentuado. É também um momento de muitas mudanças e exigências emocionais que podem conduzir a distúrbios alimentares tais como a bulimia, a anorexia e a obesidade.

Esta breve abordagem a algumas características sobre a alimentação ao longo do desenvolvimento infantil alerta-nos para a importância da vigilância e acompanhamento nutricional por parte do enfermeiro ESIP. A sua proximidade com a criança/jovem/família pode ser facilitadora de monitorização, educação para a saúde e/ou encaminhamento para outros profissionais especializados.

Na perspectiva de FARREL e NICOTERI (2005), existem dois aspectos principais para a importância e a necessidade de os Enfermeiros conhecerem e intervirem no sentido de uma alimentação saudável: a abordagem holística dos utentes e o facto incontestável de que os alimentos e a dieta estão directamente relacionados com a promoção e recuperação da saúde e o bem-estar das pessoas.

SOLNADO & ANDRADE (2006) referem que certas práticas provocam e outras evitam uma vasta gama de doenças e que actualmente, o interesse pelas questões da alimentação e nutrição não pára de crescer constituindo, a modificação do comportamento alimentar, um imperativo das sociedades desenvolvidas.

Ao consultarmos as divulgações da Direcção Geral de Saúde (DGS) (2007) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), relativamente a estudos e recomendações sobre alimentação, constatamos que em 2001, as doenças crónicas não transmissíveis contribuíam para quase 60% das 58 milhões de mortes anuais. Tendo em conta estes valores e prevendo um agravamento da situação, a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis constitui um dos maiores desafios para a saúde pública actual.

Estas organizações referem que no caso das doenças crónicas não transmissíveis, os factores de risco mais importantes incluem a hipertensão, o consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, deficiência de ferro, colesterol sanguíneo elevado, consumo inadequado de frutos e hortícolas, inactividade física e o excesso de peso (*in*: relatório mundial de saúde de 2002 da OMS, referido pela DGS, 2007).

Dados da DGS (2007) apontam para hábitos alimentares pouco saudáveis e a inactividade física, se encontrarem entre as principais causas para o aumento dos factores de risco acima referidos e para o aparecimento de doenças como a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo II e certos tipos de cancro. Perante estes dados, em Maio de 2004 foi aprovada a “Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde” resultante da

Assembleia Mundial de Saúde, referida pela DGS (2007) da qual destacamos os seguintes objectivos:

- Reduzir os factores de risco para as doenças crónicas provenientes de hábitos alimentares inadequados e inactividade física (...)
- Aumentar a consciencialização da população para a influência da alimentação e actividade física na saúde e para o impacto positivo que têm as acções de prevenção.

Tendo em consideração tais recomendações e declarações, é dever dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde de primeira linha no contacto com as populações, aderir e contribuir para tais estratégias e objectivos. Por outro lado, enquanto profissionais, quer no nosso contexto de trabalho quer nas formações em que participamos, apercebemo-nos de que muita investigação tem sido realizada e publicada no âmbito da alimentação saudável e sua contribuição para a prevenção de distúrbios de saúde, logo é pertinente começar a mobilizar e aplicar tais conhecimentos, no sentido de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e de um desenvolvimento o mais saudável possível das “nossas” crianças.

## 2.2 Enfermagem no Modelo da Promoção da Saúde

A problemática da promoção da saúde tem vindo a ser discutida ao longo dos anos por várias entidades. Constatamos que muitos problemas de saúde se encontram directamente relacionados com comportamentos de vida nefastos e passíveis de correcção. Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção de hábitos de vida saudáveis, através da identificação de situações e comportamentos de risco e da educação para a saúde.

*“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida;*

*A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.”*

(Carta de Ottawa, 1986, pág 1)

Em sintonia com esta conferência aconteceu em Jacarta a 4ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde (1997, pág. 4) em que se defendeu que:

*“Trabalhos de investigação e os estudos de caso efectuados em todo o mundo fornecem elementos que atestam que a promoção da saúde tem uma eficácia real. As estratégias de promoção da saúde podem desenvolver e mudar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e o ambiente que determinam a saúde. A promoção da saúde é uma forma concreta de obter mais equidade em matéria de saúde.”*

Tendo em consideração os esforços internacionais no sentido de melhorar a saúde e a qualidade de vida das populações e sendo que, todos os grupos sociais e profissionais são chamados a intervir activamente nas recomendações e estratégias definidas, os enfermeiros, constituindo um grupo de grande influência junto das comunidades, devem assumir um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença.

Tal propósito encontra-se descrito nas obras de algumas teóricas de enfermagem. Podemos citar alguns exemplos como *Virginia Henderson*, sendo que um dos pressupostos da sua teoria é *“a promoção da saúde é mais importante que cuidar dos doentes”* (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, pág. 115). Também a irmã *Callista Roy* ” (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, pág. 307), deu o seu contributo nesta área problemática, podendo ler-se na sua definição de enfermagem que esta é: *“a profissão de cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos e uniformiza e enfatiza a promoção da saúde para indivíduos, grupos e sociedade como um todo”* Também *Roper, Logan e Tierney* ” (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, pág. 414), na sua teoria baseada no Modelo de Vida avançam com o princípio: *“O conceito de problemas potenciais engloba a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e a identificação do papel da enfermeira como professora de saúde, mesmo em situação de doença”*

No entanto, o modelo teórico que nos serviu de base aos objectivos e actividades desenvolvidas nos diferentes módulos de estágio foi o *Modelo de Promoção da Saúde* proposto por Nola Pender em 1982 e revisto em 1996, que define saúde como sendo *“um estado dinâmico e positivo e não só a ausência de doença”* (Nursing Theories, 2009). Neste modelo a promoção da saúde dirige-se a elevar o nível de bem-estar do cliente e descreve a natureza multi-dimensional das pessoas na sua interacção com o ambiente, na busca pela saúde.

O *Modelo de Promoção da Saúde* advoga que cada pessoa tem características e experiências únicas o que afecta as suas acções subsequentes. A promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, sendo o grande objectivo deste modelo conceptual. A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida através de todos os estádios de desenvolvimento. (Nursing Theories, 2009).

SAKRAIDA (2004) apresenta-nos os principais conceitos e definições do modelo de Nola Pender, e que passamos a transcrever:

**Comportamento anterior relacionado:** frequência do comportamento igual ou semelhante no passado. Efeitos *directos* e *indirectos* sobre a probabilidade de ter comportamentos de

promoção da saúde. Podemos ilustrar esta noção citando um exemplo de uma mãe que amamentou o seu primeiro filho com sucesso, apercebendo-se das vantagens que daí advieram, decidiu repetir o comportamento com o seu segundo filho.

Segundo ALBUQUERQUE & OLIVEIRA (2002, pág. 85 citando Kasl e Cobb 1966), “os comportamentos de saúde são acções praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença.”

**Factores pessoais:** Classificados como biológicos, psicológicos e sócio-culturais. São preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado. Este conceito relaciona-se com a disponibilidade/ vontade de ser bem sucedido com determinadas acções e ainda com o valor sócio-cultural que destas pode resultar, justificando um investimento num tal comportamento de saúde.

**Factores biológicos pessoais:** Inclui variáveis como a idade, o género, índice da massa corporal, estado de puberdade, estado de menopausa, capacidade aeróbica, força, agilidade ou equilíbrio. Certos comportamentos de saúde podem por vezes não ser exequíveis, devido a obstáculos de natureza biológica ou pessoal, tal como uma doença ou deformação, como por exemplo uma mãe sujeita a uma mastectomia não tem possibilidade de amamentar o seu filho.

**Factores psicológicos pessoais:** Inclui variáveis como a auto-estima, a auto-motivação, competência pessoal, estado de saúde percebido e definição de saúde. Os enfermeiros terão pouco sucesso na educação para a saúde numa pessoa com deficits cognitivos. Por outro lado podem conseguir resultados muito positivos se a pessoa alvo da sua intervenção, se apresentar altamente motivada em atingir determinado objectivo (como perder peso, por exemplo).

**Factores sócio-culturais pessoais:** Incluem variáveis como a raça, etnia, a aculturação, a educação e o estatuto sócio-económico. Seguem-se conhecimentos e afectações próprios do comportamento considerados de grande importância motivacional e estas variáveis são modificáveis através de acções de enfermagem. Como enfermeiros trabalhando numa instituição de saúde que atende utentes com uma grande diversidade cultural, já nos deparámos com situações em que é culturalmente desadequado a mãe amamentar o seu filho. Perante tal realidade, e cumprindo o nosso dever de respeito pelas crenças e valores dos nossos utentes, resta-nos disponibilizar informações sobre as vantagens e benefícios que poderiam advir de tal comportamento, em termos de ganhos em saúde para a mãe e criança e esperar que tal acção de enfermagem modifique tal visão cultural.

**BENEFÍCIOS DA ACÇÃO PERCEBIDOS:** Resultados positivos antecipados que decorreram do comportamento de saúde. Um exemplo deste conceito pode ser o resultado positivo em termos de saúde, bem-estar e aceitação pelos pares, que um adolescente com excesso de peso ou obeso pode antever, ao ser ajudado na realização de uma dieta equilibrada e programa de exercício físico.

**BARREIRAS PERCEBIDAS À ACÇÃO:** Bloqueios antecipados, imaginados ou reais e custos pessoais de ter determinado comportamento. Uma ilustração desta noção pode ser a impossibilidade de uma mãe amamentar o seu bebé, embora o deseje e compreenda os benefícios de tal comportamento, devido a contingências da sua vida profissional.

**AUTO-EFICÁCIA PERCEBIDA:** Julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção de saúde. A auto-eficácia percebida influencia as barreiras percebidas à acção, de modo a que uma maior eficácia resulta na percepção de uma redução das barreiras ao desempenho comportamental. Por exemplo, um adolescente toma consciência de que é capaz de resistir a desejos alimentares (*barreira percebida a acção*) e de ser bem sucedido na substituição de um alimento nutricionalmente pobre e hipercalórico, por outro saudável e equilibrado (*noção de auto-eficácia*).

**ACTIVIDADE RELACIONADA COM A APRESENTAÇÃO:** Sentimentos positivos e negativos subjectivos que ocorreram antes, durante e a seguir ao comportamento, baseadas nas propriedades do estímulo do comportamento em si. Relaciona-se com a auto-eficácia percebida, isto é, quanto mais positivos forem os sentimentos subjectivos sentidos maior é o sentimento de eficácia gerado pelo comportamento. Para melhor compreendermos esta noção e sua relação com a alimentação, podemos pegar no exemplo do ponto anterior. Ao aperceber-se dos resultados que as suas escolhas alimentares têm na sua saúde, imagem e bem-estar, o adolescente sente o seu comportamento de saúde como eficaz.

**INFLUÊNCIAS INTERPESSOAIS:** Conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças e atitudes dos outros. As normas, o apoio social e a modelagem são influências interpessoais, sendo as suas fontes primárias as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde.

**INFLUÊNCIAS SITUACIONAIS:** Percepções e conhecimentos pessoais de uma situação ou contexto, que pode influenciar o comportamento. Exemplo: percepção das opções disponíveis.

**COMPROMISSO DE UM PLANO DE ACÇÃO:** Existe uma intenção e uma estratégia de acção planeada que conduz à implementação de um comportamento de saúde. A intervenção de enfermagem pode-se revestir de grande importância neste ponto pois, esta pode constituir-se como um apoio e um guia orientador para que o utente se mantenha motivado a manter e investir no comportamento de saúde, como por exemplo seguir uma dieta equilibrada.

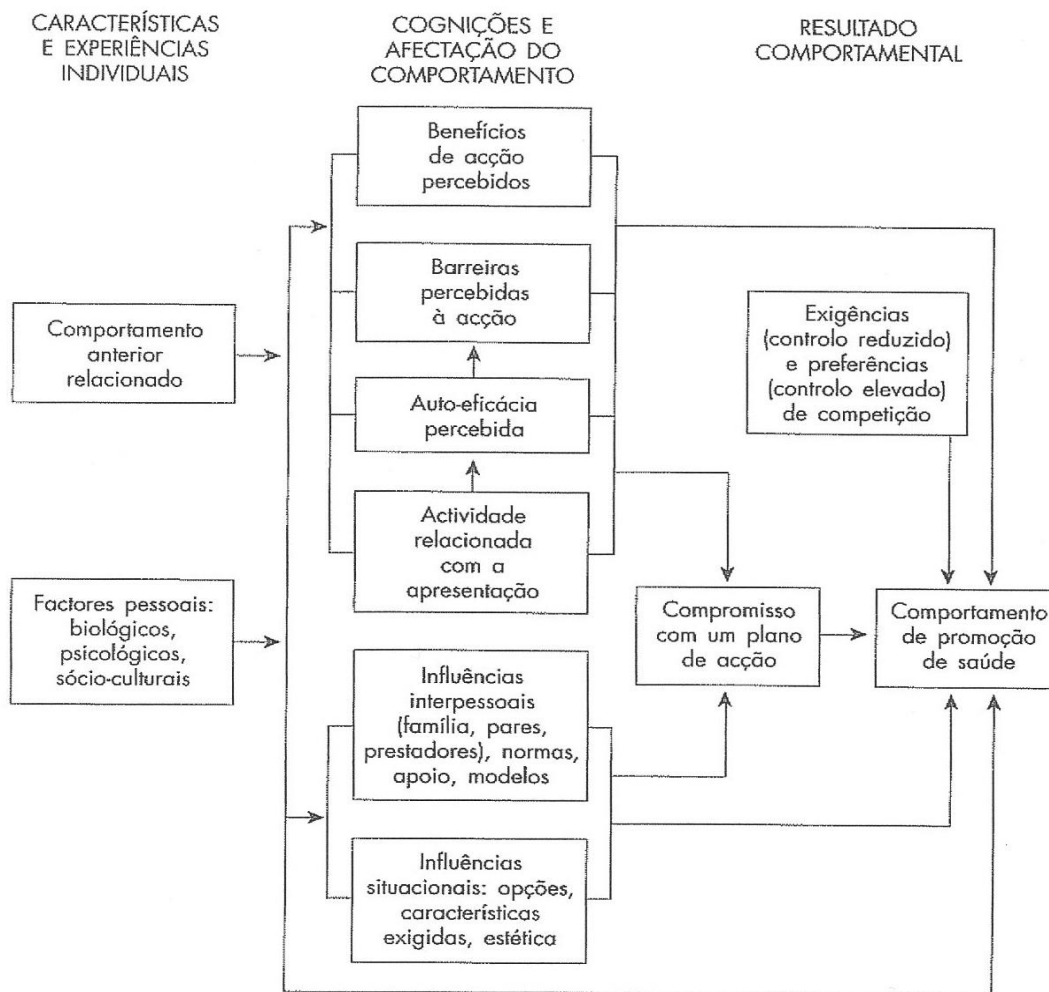
**EXIGÊNCIAS E PREFERÊNCIAS DE COMPETIÇÃO IMEDIATAS:** As exigências de competição são comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm pouco controlo por motivos de força maior. As preferências de competição são os comportamentos alternativos em que o indivíduo tem grande capacidade de optar, por exemplo entre comer um bolo ou uma peça de fruta ao lanche.

**COMPORTAMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE:** Fim ou resultado de acção, orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos, tais como bem-estar óptimo, realização pessoal e existência produtiva. Exemplo: seguir uma alimentação saudável.

Todos estes conceitos e definições parecem-nos muito teóricos, no entanto, o modelo de Promoção da Saúde é muito bem aceite na prática de enfermagem pois, cada vez mais se pratica educação para a saúde, no sentido de prevenir doenças e complicações e atingir o bem-estar e uma boa qualidade de vida. Também a sociedade nos pressiona a ter comportamentos mais saudáveis pois hoje conhecem-se e prevêm-se os encargos financeiros, humanos e ambientais do tratamento de doenças crónicas evitáveis. (SAKRAIDA 2004)

A figura seguinte esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde revisto de Nola Pender. Nele podemos perceber que são muitos os factores interferentes nos comportamentos de saúde, pelo que, os enfermeiros precisam muitas vezes de estabelecer estratégias de intervenção dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes, para direccionar o utente no sentido do comportamento desejado.

**Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde Revisto.**



Fonte: Adaptado de SAKRAIDA, 2004, pág. 703

O Modelo de Promoção da Saúde tem vindo a ser testado quanto à sua aplicabilidade prática com resultados muito positivos. (SAKRAIDA 2004)

Ao longo do presente relatório, o leitor poderá constatar que as estratégias/acções de enfermagem implementadas foram maioritariamente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença e/ ou complicações, tentando de algum modo modificar comportamentos, pelo que este modelo teórico pareceu-nos o que melhor enquadrava as nossas escolhas. Os nossos alvos de intervenção foram as crianças, no entanto foi muitas vezes necessário actuar em terceiros (pais, enfermeiros), motivando alterações nos seus comportamentos, para atingir o nosso alvo primário.

Ao trabalharmos com o utente pediátrico não nos devemos esquecer de centrar os nossos cuidados na família envolvendo sempre os pais. Assim, também o Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey nos serviu de guia ao longo dos nossos estágios pois *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor”* assim sendo, ninguém melhor que os pais para os prestar (CASEY, 1993, pág. 193).

### **3. EXPERIÊNCIAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO**

Como foi anteriormente referido, o estágio que deu origem ao presente relatório, dividiu-se em três módulos: **módulo I** que teve lugar em recursos da comunidade – as consultas externas do HFF (entre 19 e 21 de Abril de 2010), e a UCSP da Buraca - ACES Amadora VII (entre 26/4/2010 e 18/6/2010); **módulo II** que decorreu no serviço de internamento pediátrico do HFF (entre 22/11/2010 e 28/1/2011) e o **módulo III** que se subdividiu em unidade de cuidados intensivos pediátricos e neonatais do HFF (entre 27/9/2010 e 22/10/2010) e urgência pediátrica do HL (entre 25/10/2010 e 19/11/2010)

Neste capítulo apresentamos um breve enquadramento dos locais de estágio, os objectivos delineados e as actividades desenvolvidas no sentido de os alcançar.

O texto reflecte o nosso percurso de auto-formação (através de pesquisa bibliográfica, mobilização e articulação de conhecimentos teóricos e reflexão sobre experiências vivenciadas) e contribuição para a formação dos pares. Estes são requisitos de enfermeiro especialista, sendo este curso uma etapa no caminho da perícia

#### **3.1 Recursos da Comunidade - Consulta de Pediatria do HFF**

O objectivo destes três dias de observação em recursos da comunidade era dar a conhecer aos formandos, o que a comunidade tem para oferecer em termos de cuidados de saúde, ao utente pediátrico em ambulatório.

A organização do curso disponibilizou vários recursos para nossa escolha. A nossa opção pelas consultas externas do HFF, baseou-se no facto de se tratar do hospital onde exercemos funções, pelo que nos pareceu importante, em termos de percurso como formandos e como profissionais, ter contacto e conhecer o que existe no “nosso” hospital para atender a população pediátrica à qual prestamos cuidados. Assim, estabelecemos como objectivo para estes três dias, conhecer o funcionamento das consultas externas de pediatria do HFF.

O HFF apresenta um amplo leque de oferta em cuidados ambulatoriais. No segundo piso da torre Amadora do hospital, encontramos a área das consultas externas. Aqui têm lugar as consultas de pediatria. Trata-se de consultas de especialidades médicas e cirúrgicas, onde são atendidas crianças desde o nascimento, até aos 18 anos, que apresentem alguma condição de saúde que exija uma vigilância especializada e/ou algum tipo de tratamento, que não pode ser fornecido pelos cuidados de saúde primários.

A consulta abrange especialidades como a gastroenterologia, a alergologia, consulta de obesidade, diabetes, cirurgia pediátrica, pneumologia, hematologia e cardiologia.

O apoio de enfermagem é dado por três enfermeiras especialistas em SIP, podendo ser encontradas em três valências:

- Sala de triagem: onde são avaliados os parâmetros antropométricos, SV, e efectuados alguns ensinamentos pertinentes, de acordo com a avaliação das necessidades realizada pela enfermeira (como por exemplo sobre higiene oral, alimentação ou prevenção de acidentes).

- Sala de tratamentos: onde são realizados pensos cirúrgicos e colheitas de urina em bebés.

- Hospital de Dia de Pediatria: aqui são realizados testes de diagnóstico como, punções lombares, mielogramas, pesquisa de helicobacter, a administração de imunoglobulinas, administração de terapêutica EV (principalmente antibioterapia) em crianças em ambulatório. Pretende-se assim que crianças com doenças crónicas e mais incapacitantes passem a ter à sua disposição, tratamentos que carecem de uma administração sob vigilância, ou uma intervenção que assenta em técnicas não invasivas (ou minimamente invasivas), não obrigando necessariamente a longos períodos de internamento.

Neste contexto aparecem os denominados **Hospitais de dia**. Estas estruturas vieram demonstrar os seus benefícios clínicos e a sua rentabilidade social, melhorando a qualidade de vida do utente e reduzindo os custos inerentes ao internamento hospitalar tradicional. (*In: sítio Centro Hospitalar do Porto*).

Pudemos constatar que existe uma professora que dá apoio ao departamento de pediatria e que vem ao hospital das 12:30h às 15:30h nas segundas, quartas e quintas-feiras. Vem também ao hospital de dia de Pediatria de acordo com a solicitação da Enfermeira. O objectivo é colocar as crianças a fazer exercícios e ajudá-las a passar o tempo, enquanto cumprem os seus tratamentos.

No final destes três dias de observação, consideramos que o objectivo foi atingido e que possuímos agora, um melhor conhecimento dos apoios que o hospital tem para oferecer ao utente pediátrico que receba cuidados em regime ambulatório, e de que modo estes são realizados.

Importa realçar que o facto de encontrarmos apenas enfermeiras especialistas em SIP colocadas nas valências das consultas externas de pediatria resulta como uma mais-valia uma vez que, são profissionais dotadas de formação aprofundada na área de pediatria, e por isso, com maior capacidade de dar resposta às necessidades especiais das crianças/jovens e famílias que utilizam estes serviços.

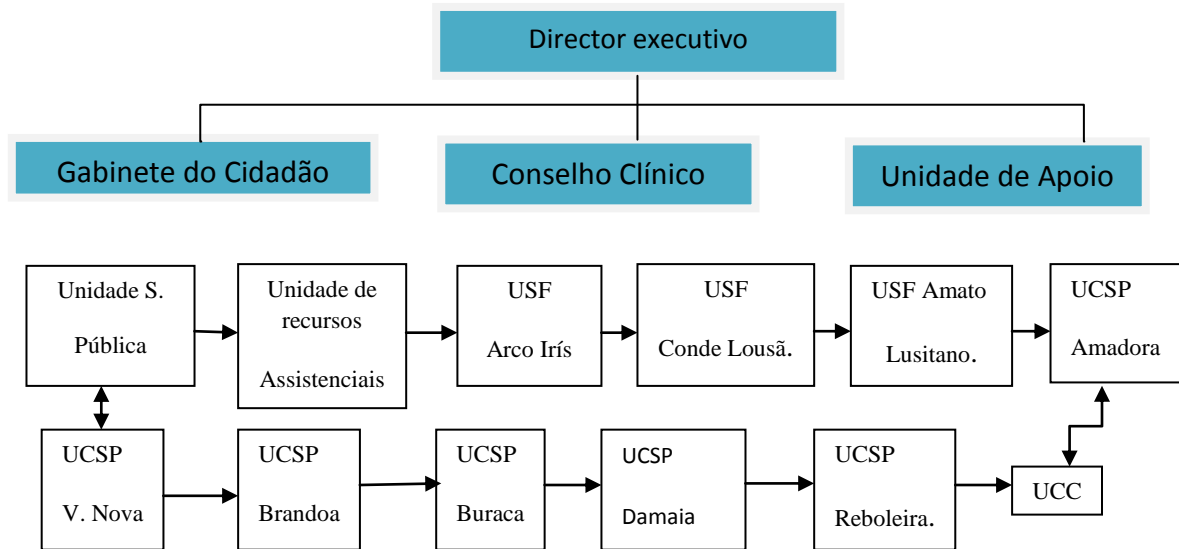
### **3.2 ACES VII – Amadora: UCSP Buraca**

O Centro de Saúde da Buraca foi integrado, segundo o Decreto-Lei nº. 28/2008 de 22 de Fevereiro, no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa VII (ACES VII) Amadora.

A implementação dos ACES integra-se no quadro global de modernização da Administração Pública, da Administração da Saúde e dos Serviços prestadores de cuidados de saúde primários.

O ACES VII Amadora, tem a seguinte estrutura:

**Figura 2:** Estrutura do ACES VII Amadora



**Fonte:** Documentos disponibilizados na UCSP da Buraca

O programa do XVII Governo Constitucional no Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados. Este decreto-lei prevê que os ACES sejam constituídos por unidades funcionais, nomeadamente, unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços, que venham a ser considerados como necessários, pelas administrações regionais de saúde.

A UCSP da Buraca é o contexto onde se desenvolveu o Módulo I do Estágio. Esta unidade de saúde situa-se no centro da Buraca, e atende a população referente às freguesias de Alfragide e da Buraca. No ano de 2009 estavam inscritos 27995 utentes. A escolha deste local de estágio, baseou-se no facto de se tratar de uma unidade de saúde que se articula com o hospital onde trabalhamos, pelo que possuíamos já algum conhecimento da população abrangida e perspectivávamos algumas necessidades de intervenção.

Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2008, pág 8): *“a prática da enfermagem constitui a essência fundamental dos cuidados de saúde primários. A nossa formação, experiência e os ambientes onde trabalhamos fazem com que assim seja. (...)”*

A USCP da Buraca, em termos de intervenção de Enfermagem, conta com sala de tratamento, Saúde Infantil, (Consulta de Enfermagem e Vacinação) e Saúde da Mulher, (vigilância da gravidez e Planeamento Familiar). Podemos aqui encontrar um total de 6 enfermeiras, em que apenas uma é especialista. Esta última possui a especialidade em SIP, e acumula as funções de vogal da UCSP e de atendimento na Saúde Infantil.

Deste modo as actividades de Saúde Infantil contam com uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, podendo haver o apoio de uma Enfermeira generalista, na ausência da primeira, (férias, formação, etc).

O primeiro contacto da criança com a UCSP, ocorre normalmente aquando da realização do Diagnóstico Precoce, (entre os 3º e o 6º dias de vida). Este deve ser marcado telefonicamente, após a alta da Maternidade.

É o momento ideal, para se realizar a primeira observação do bebé, com avaliação geral das características esperadas para a idade (estatura, peso, estado das fontanelas, presença de reflexos primitivos...) Informalmente, os pais são inquiridos sobre os cuidados prestados ao bebé no que diz respeito ao banho, à segurança e ao sono e repouso.

Também a avaliação do tipo de alimentação do recém-nascido é efectuada, havendo uma preocupação em perceber se a mãe tem dúvidas, tentando-se esclarecê-las (por exemplo no que se refere à amamentação ou preparação do leite adaptado). Este apoio é muito importante, pois as mães encontram-se numa fase em que se deparam com muitas dificuldades na amamentação (Barreiras percebidas à acção), sendo propícia a desistência desta. Percebemos que a intervenção do EESIP é de grande importância, salvaguardando os benefícios que a amamentação trás para o recém-nascido.

No momento do diagnóstico precoce, é marcada a 1ª consulta de Enfermagem que se realizará por volta do 1º mês. Posteriormente, procura-se que as consultas de Enfermagem coincidam com os momentos de vacinação (2 e 6 meses, depois aos 15, 18 e 24 meses).

No 1º. Mês, são avaliados os parâmetros antropométricos, (peso, comprimento e perímetro cefálico), o estado das fontanelas (normotensão, hipertensão, depressão), a pele, a vitalidade, o sorriso, a interacção com a mãe e/ou pai e os estranhos. Questiona-se a mãe acerca da amamentação e são esclarecidas dúvidas.

No 2º. Mês, além das avaliações efectuadas no 1º. Mês inicia-se a administração das vacinas: 2ª. dose anti – hepatite B e a 1ª da DTPa Hib (diftria, tétano, pertussis e anti - *haemophilus influenzae* serotipo b) e VIP (vacina anti-poliomielite inactivada), e assim sucessivamente nas restantes consultas, cumprindo-se o Programa Nacional de Vacinação.

Constatámos que as crianças quando fazem as vacinas dos 5/6 anos, chegam a ser submetidas a 3 punções (VASPR – vacina anti sarampo, parotidite e rubéola, DTPaVip e por vezes, a vacina da gripe, a MenC – vacina anti *Neisseria meningitidis* serogrupo C, ou outra

prescrita). Foi proposto o recurso a uma intervenção não farmacológica na dor, utilizando gelo, aquando da vacinação.

Propusemos ter cubos de gelo (que segundo SOARES & RODRIGUES [1998 pág 337] tem uma acção *contra-irritante e capacidade de promover a libertação de endorfinas*), para aplicar nas zonas a puncionar, cerca de 2 ou 3 minutos antes da administração das vacinas, com o objectivo de diminuir a sensibilidade periférica e atenuar a dor das injeções. Foi-nos dito que por falta de tempo, não é concretizável tal medida.

No entanto, tendo em conta que se usa o tempo antes da administração das vacinas para verificar o boletim de vacinas e o registo no SINUS, bem como registar as vacinas a administrar, poder-se-ia concomitantemente, pedir à mãe (ou outro acompanhante), para ir fazendo a aplicação de gelo nos locais a puncionar, e isso seria o suficiente.

Em termos éticos, este pequeno gesto poderia ser um benefício para a criança, em que o enfermeiro ESIP poderia investir uma vez que é da sua competência em termos de gestão dos cuidados, isto é, segundo a OE (2009, p. 18), o Enfermeiro Especialista: “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*”

Perante uma avaliação das necessidades e a temática proposta no projecto de estágio, decidimos desenvolver actividades no âmbito da promoção do aleitamento materno e ajuda à resolução de dificuldades no estabelecimento da amamentação e cuidados às mamas e mamilos. Esta ideia foi proposta à Enfermeira orientadora do estágio e imediatamente aceite, visto ser uma área de atenção muito solicitada pelas jovens mães.

Considerando as características da população que ocorre ao USCP (grau de diferenciação, adesão aos ensinamentos, interesse) e a opinião e conhecimento da Enfermeira orientadora, resolvemos elaborar um folheto que dê suporte aos ensinamentos directos, realizados às mães.

Procuramos assim, dar resposta às necessidades imediatas das utentes, pois é para estas que elas se encontram receptivas. O apoio à amamentação, foi efectuado sempre que solicitado e aquando da realização do diagnóstico precoce e consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, ajudando as mães a contornar as suas dificuldades. Tentámos quebrar as *barreiras percebidas à acção e promover a auto-eficácia percebida*.

Partindo do diagnóstico de situação realizado, organizámos o nosso estágio na UCSP da Buraca obedecendo aos seguintes objectivos e actividades.

### **1º Contribuir para a promoção do aleitamento materno, potenciando o óptimo desenvolvimento do recém-nascido.**

Dando resposta às necessidades observadas nas puérperas, definiu-se o seguinte objectivo específico: **Contribuir para a desmistificação das dificuldades da amamentação, ajudando as mães a ultrapassar desconfortos por ela originados;**

Para dar resposta a estes primeiros objectivos desenvolvemos as actividades:

- a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre aleitamento materno: sua importância, vantagens, dificuldades e dúvidas das mães e como as contornar.
- b) Elaboração de um folheto (**Anexo I**) sobre as dificuldades na amamentação e como as ultrapassar.
- c) Realização de ensinamentos individuais às mães, direccionando para as suas dúvidas pessoais;
- d) Contacto com as mães a quem se realizaram os ensinamentos, numa tentativa de avaliação do impacto destes;

Aquando da realização do diagnóstico precoce, muitas mães referiram directa ou indirectamente, dificuldades em amamentar o seu recém-nascido e muitas tinham mesmo desistido. Esta constatação justificou a definição destes primeiros objectivos e levou-nos então à busca de informação, e à nossa auto-formação, no sentido de poder ajudar estas mães o melhor possível, tendo em conta a importância do aleitamento materno no desenvolvimento e saúde das crianças.

Segundo a OMS e a UNICEF (1997) estima-se que mais de um milhão de crianças morrem por ano com diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas. Estas organizações recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida, e a manutenção deste em combinação com outros alimentos, até aos dois anos.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural. Ele previne que o bebé desenvolva infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; o leite materno tem um efeito protector contra alergias e faz com que o bebé melhor se adapte a outros alimentos. A longo prazo, dados apontam que o leite materno previne a diabetes e linfomas. (BÉRTOLO & LEVY, 2008)

Como enfermeiros pretendentes a especialistas em SIP compete-nos ter em atenção tais recomendações, numa perspectiva de promoção da saúde e da garantia da qualidade dos cuidados, uma vez que defendem os melhores interesses da criança e sua mãe: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (OE, 2001 pág. 8).

O levantamento das dúvidas das mães foi realizado através da colocação de questões como: *está a amamentar? Se não está qual o motivo que a levou a deixar de amamentar, que dúvidas/dificuldades surgiram?* Esta abordagem surgiu no primeiro contacto do RN com o centro de saúde, normalmente aquando da realização do diagnóstico precoce. Foram realizados ensinamentos, de acordo com a leitura das suas necessidades e o folheto era usado como material de apoio e, finalmente oferecido para consulta em casa e com a recomendação de que, havendo dificuldades deveriam contactar-nos. Posteriormente, das 11 mães que usufruíram destes cuidados, conseguimos contactar com apenas 5, mas para nossa surpresa, todas elas tinham conseguido ultrapassar as dificuldades e ao fim do primeiro mês de vida do recém-nascido, continuavam a amamentação exclusiva.

Constatámos que o nosso *compromisso de acção* levou à implementação de um comportamento de saúde positivo para a mãe e o bebé.

Assim, considerámos os dois primeiros objectivos atingidos, com o desenvolvimento das seguintes competências específicas de EESIP (segundo a OE, 2009):

***Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde.***

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

Dentro desta última competência interessa salientar:

*Promove o crescimento e desenvolvimento infantil*, através da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e *Promove a vinculação de forma sistemática (...)*, através da avaliação do desenvolvimento da parentalidade e demonstrando conhecimentos sobre as competências do Recém-nascido e promovendo o comportamento interactivo.

Ao participarmos activamente nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, decidimos que faria sentido definirmos o seguinte objectivo:

**2º Contribuir para a vigilância da saúde infantil e despiste de alterações no normal desenvolvimento da criança.**

Com vista a atingir este objectivo foi desenvolvida a seguinte actividade:

- a) Participação activa nas consultas de enfermagem de saúde infantil;
- b) Aprofundamento de conhecimentos sobre o normal desenvolvimento das crianças entre os 0 e os 24 meses.

A participação nas actividades da consulta de enfermagem em saúde infantil permitiram conhecer melhor os utentes que acorrem ao UCSP e identificar as suas dúvidas e necessidades mais prementes. Pudemos constatar que se trata de uma população maioritariamente carenciada, com grande incidência de imigrantes de origem Africana e da Europa de Leste, bem como de etnia cigana. Muitos deles viviam em condições precárias nos vários bairros sociais da freguesia da Buraca. Durante a nossa participação nas consultas de enfermagem em saúde infantil pudemos desenvolver a nossa capacidade de observação, no que respeita ao desenvolvimento da criança entre os 0 e os 24 meses, acção que se revelou muito importante na nossa formação, pela diminuta experiência em trabalhar com crianças que não sejam recém-nascidos. Desenvolvemos também competências específicas de EESIP (segundo a OE em 2009), nomeadamente:

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

Dentro desta última competência interessa salientar:

*Promove o crescimento e desenvolvimento infantil, através da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e*

*Promove a vinculação de forma sistemática (...), através da avaliação do desenvolvimento da parentalidade e demonstrando conhecimentos sobre as competências do Recém-nascido e promovendo o comportamento interactivo.*

*Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.*

Sendo que como competências, a OE (2009, p. 11) entende:

*“(...) demonstração na acção, enquanto execução de actos e tarefas relacionadas com um padrão esperado de desempenho, em ligação a determinado posto de trabalho ou emprego” E acrescenta, citando Le Boterf (2002): “a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta”*

Ao longo da nossa passagem pela UCSP da Buraca, apercebemo-nos de que não existia nenhum instrumento orientador para a realização das consultas de enfermagem em saúde infantil. Esta inexistência pareceu-nos merecedora da nossa intervenção uma vez que, na ausência da enfermeira ESIP qualquer uma das outras enfermeiras poderia assumir tais funções, podendo haver uma descontinuidade na qualidade dos cuidados prestados por falta de linhas orientadoras e inexperiência das colegas na área específica da saúde infantil. Deste modo sentimos necessidade de formular um último objectivo para o nosso estágio neste módulo:

### **3º Dotar a equipa de enfermagem com um instrumento de orientação para realização das consultas de enfermagem de saúde infantil.**

Para o atingir, desenvolvemos as seguintes actividades:

- a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre: manual de procedimentos, consultas de enfermagem e vigilância de saúde infantil até aos 24 meses;
- b) Elaboração de um manual para dar suporte às consultas de enfermagem de saúde infantil até aos 24 meses (**Anexo II**);
- c) Apresentação do manual à equipa de enfermagem da UCSP da Buraca

Segundo o Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas da Saúde da Direcção-Geral de Saúde (2001), Consulta de Enfermagem é: *“Intervenção visando a realização de uma*

*avaliação, o estabelecer de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”*

São actividades autónomas de enfermagem pois são:

*“realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (artigo 9º REPE)*

Os cuidados de enfermagem prestados na consulta de enfermagem devem respeitar o artigo 5º do REPE:

*“c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde (...)”*

*“d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde”*

A elaboração do manual de procedimentos (**Anexo II**) para a consulta de saúde infantil da UCSP da Buraca teve por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e as características do normal desenvolvimento infantil. Foram previstas consultas até aos 24 meses altura em que, cessam as visitas à consulta de enfermagem (principalmente porque termina a fase de vacinação “intensiva”, sendo o ultimo reforço de DTPHib pelos 18 meses) e a vigilância de saúde infantil passa a ser efectuada exclusivamente pelo médico de família.

O manual tem por objectivo ser um guia de orientação para a realização das consultas de enfermagem de saúde infantil e espera-se que também seja útil para a integração de novos elementos de enfermagem e para o aprofundar de conhecimentos de toda a equipa uma vez que, o manual foi estruturado com uma parte teórica, que dá apoio e explica as actividades a desenvolver em cada consulta.

A qualidade em saúde surge como uma exigência de todos aqueles que prestam e recebem cuidados de saúde. O exercício da Enfermagem caminha no sentido de uma abordagem assistencial cada vez mais consciente, humanizada e fundamentada, com o objectivo da melhoria do atendimento aos utentes.

Para completar o nosso objectivo, organizámos uma sessão informativa, com vista à apresentação do manual de procedimentos para as consultas de saúde infantil e sua organização e conteúdos. A sua divulgação foi realizada verbalmente, de pessoa a pessoa pela dimensão e proximidade de toda a equipa. Com esta actividade pretendemos dar resposta aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem defendidos pela OE em 2001 (pág 10 e 11), principalmente no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem, uma vez que a existência do manual de procedimentos inclui-se na *“existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem”* e, por outro lado, pode ser considerado um instrumento de formação e de integração de novos elementos na equipa

incluindo-se na “*existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade*”

Foi gratificante ter presentes 4 dos 6 enfermeiros, correspondendo a 67% da equipa de enfermagem, na sessão informativa sendo que os outros dois elementos não assistiram por estarem ausentes em férias. Os resultados do questionário de avaliação da sessão (**Anexo III**) foram também muito positivos, uma vez que todos os enfermeiros presentes consideraram a existência do manual uma mais-valia para o seu exercício profissional e sua auto-formação.

Considerámos que ao realizar tais actividades, desenvolvemos as seguintes competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de EESIP, respectivamente (segundo a OE, 2009):

Em termos de Gestão da Qualidade: *Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;*

Em termos de Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;*

Especificamente na área da saúde infantil: *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.*

Dentro desta última competência interessa salientar: *Promove o crescimento e desenvolvimento infantil, através da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.*

Contribuímos para o desenvolvimento da competência: *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde.* E para a aplicação da alínea c), do artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros: “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;*”

As experiências e aprendizagens efectuadas no âmbito dos recursos da comunidade foram muito enriquecedores, uma vez que profissionalmente, toda a nossa experiência foi desenvolvida em contexto de internamento hospitalar.

Obter conhecimentos sobre os recursos de saúde ao nosso dispor, ajuda-nos na nossa tarefa de encaminhamento, por outro lado permite-nos compreender melhor a importância dos cuidados de saúde primários e do papel dos enfermeiros nos centros de saúde, na sua contribuição incessante para o bem-estar das populações de quem cuidam, através da promoção da saúde recorrendo a vigilância de saúde e educação para hábitos de vida saudáveis.

### 3.3 Cuidar no Internamento de Pediatria

O módulo II de estágio teve lugar no serviço de internamento de pediatria do HFF. Este hospital tornou-se entidade público-empresarial por Decreto-Lei, em Outubro de 2008 e integra-se na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

*“O hospital tem por missão, a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa (...). Faz também parte da sua missão, a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais”.*

(in: sitio do HFF)

Trata-se de um hospital com um leque muito variado de valências de atendimento à população que serve, entre elas o departamento de saúde da mulher e da criança onde estão integrados os serviços de internamento pediátrico, cuidados intensivos e neonatais, urgências e consultas. O módulo II do estágio teve lugar no serviço de internamento em pediatria, onde podemos ler num pequeno quadro logo à entrada:

*“O Serviço de Pediatria tem como missão, prestar cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos à criança/família, no respeito pela dignidade da criança doente e utilizar de forma eficiente, os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde.”*

A escolha do serviço de pediatria do HFF baseou-se no facto de se tratar do hospital onde exercemos funções e por ser um serviço que acolhe crianças com patologias do foro médico e cirúrgico, permitindo-nos um amplo leque de aprendizagens e experiências.

Este serviço está localizado no piso dois. É composto por duas alas: A e B. As suas instalações foram organizadas de modo a poderem disponibilizar vários tipos de quartos, desde enfermarias de 2 ou 3 camas/berços, a uma unidade de cuidados intermédios com vagas para 6 crianças, e vários quartos individuais (10 no total) dedicados especialmente a crianças com necessidade de isolamento.

Importa-nos salientar a existência de 3 espaços que consideramos de grande relevância para o bem-estar das crianças/jovens e famílias: o cantinho da amamentação (que proporciona conforto e privacidade às mães que amamentam os seus bebés); a sala de actividades das crianças (que conta com a presença de 3 educadoras de segunda a sexta-feira, que organizam jogos, brincadeiras ou leituras) e a sala de actividades dos adolescentes. Esta última é exclusiva para jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos e completamente interdita a adultos, proporcionando aos jovens a privacidade que eles tanto prezam e actividades compatíveis com as preferências destas faixas etárias (jogos de vídeo, internet, filmes, música e jogos).

O serviço de pediatria, recebe crianças desde os zero, aos dezoito anos, quer seja por situações médico/cirúrgicas, ou mesmo sociais.

Segundo fontes do serviço, em termos cirúrgicos as situações mais frequentes, são:

- Hérnias umbilicais.
- Hérnias inguinais.
- Fimoses.
- Criptorquídias.
- Amigdalectomias.
- Adenectomias.
- Amigdaadenectomias

Relativamente à dotação de recursos humanos, o serviço conta com:

- 9 Enfermeiros, no turno da manhã de semana.
- 6 “ “ “ “ tarde.
- 5 “ “ “ “ noite.
- 6 “ “ “ “ manhã, ao fim de semana e feriados.

Nos dias de semana, a equipa de enfermagem, inclui a chefe e duas enfermeiras responsáveis. O método de trabalho é o individual, ficando cada enfermeiro responsável pela prestação global de cuidados ao grupo de crianças que lhe é atribuído.

A dotação de Auxiliares de Acção Médica (AAM) é distribuída do seguinte modo:

- 5 auxiliares de acção médica, no turno da manhã.
- 2 “ “ “ “ da tarde.
- 2 “ “ “ “ da noite.

As crianças são assistidas por um número variável de pediatras e 4 cirurgiões pediátricos. As abordagens de Otorrino (ORL) e ortopedia são acompanhadas pelos especialistas de adultos, que se deslocam ao serviço de pediatria, para observar as crianças. O serviço dispõe ainda de 2 psicólogos, 1 assistente social e 3 educadoras.

Ao longo da semana estão programadas várias actividades recreativas para o entretenimento das crianças: o dia da música, leitura de contos, e a presença dos “Doutores Palhaços”.

A primeira semana no serviço de pediatria do HFF proporcionou-nos uma percepção geral do funcionamento e organização do mesmo. Tivemos a oportunidade de observar e participar na prestação de cuidados, consultar processos clínicos, manuais de normas e procedimentos do serviço bem como outra bibliografia presente nas salas de trabalho.

Apercebemo-nos de que o serviço está organizado de modo a que a equipa é motivada para a autoformação e promoção da formação dos elementos recém-chegados. Os enfermeiros estão envolvidos em projectos no âmbito dos cuidados pediátricos, estando bem trabalhadas várias

áreas dos cuidados como as doenças crónicas, os cuidados cirúrgicos, os meios complementares de diagnóstico, entre outros.

Deste modo, de acordo com a nossa constatação e opinião da nossa orientadora de estágio, não fazia muito sentido trabalhar a temática da alimentação infantil na doença crónica, como estava planeado. No entanto, o serviço sentia uma lacuna profunda na área temática da **abordagem a feridas no utente pediátrico**, e foi este desafio que nos foi colocado e prontamente abraçado por nós.

Os cuidados às feridas implica uma abordagem multidisciplinar, recorrendo-se a uma visão holística do utente que as possui. Assim importa-nos referenciar a ICN (1975) citada por VIEIRA (2009, p. 87) que nos diz que,

*“A Enfermagem inclui os cuidados, autónomos e colaborativos, que se prestam a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou sãos, em todos os contextos, e incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados aos enfermos, deficientes e pessoas moribundas. As funções essenciais da enfermagem são a defesa, a promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação na política de saúde e a gestão dos pacientes e dos sistemas de saúde, e a formação”*

De acordo com a OE (2007, p. 4),

*“A atribuição do Título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”*

Partindo destes pressupostos e procurando não perder de vista o nosso referencial de promoção de saúde e prevenção de complicações, actuando de modo a influenciar comportamentos de vida saudáveis, delineámos os nossos objectivos para este estágio e respectivas actividades:

### **1º Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem ao utente pediátrico.**

Este objectivo surgiu a partir da nossa necessidade de acompanhamento da nossa orientadora de estágio, cujas funções estavam muito direccionadas para a gestão dos cuidados e do serviço de internamento. Deste modo tivemos a oportunidade de organizar as nossas actividades no sentido de tirar o maior partido em termos de aprendizagens e dar resposta a competências comuns do enfermeiro especialista.

Para atingir este primeiro objectivo planeámos a seguinte actividade: participação nas actividades de gestão dos cuidados procurando dar resposta a competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito à gestão de cuidados (OE, 2009, pág. 13): *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus*

*colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e “Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados ”*

Para tal colaborámos com a nossa orientadora (enfermeira responsável do serviço), na gestão de vagas e distribuição das crianças de acordo com as patologias, riscos inerentes e as solicitações do serviço de urgência pediátrica. Trata-se de uma tarefa importante, uma vez que é essencial proteger as crianças do foro cirúrgico daquelas que estão internadas por patologias infecto-contagiosas, que no inverno são uma maioria.

Participámos na verificação dos stocks de material clínico (nomeadamente medicamentos), e respectiva solicitação de reposição, actividade importante para a garantia da adequada prestação de cuidados.

Colaborámos na verificação das folhas de assiduidade do pessoal de enfermagem e auxiliares de acção médica, e na distribuição dos elementos nos turnos da manhã em que estávamos presentes.

Elaborámos uma listagem do equipamento e fármacos do carro de urgência do serviço, com vista a ser mais fácil a sua verificação e manutenção do seu óptimo funcionamento.

**2º Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças com lesões cutâneas, internadas no serviço de pediatria, atendendo às necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de pediatria.**

Este objectivo surgiu da participação activa na prestação de cuidados a crianças internadas no serviço, reuniões informais com a senhora enfermeira orientadora e consulta de bibliografia e trabalhos existentes no serviço. Tais acções resultaram na escolha do tema: abordagem às feridas no utente pediátrico.

Para a consecução deste segundo objectivo desenvolvemos a seguintes actividades:

- a) Pesquisa bibliográfica no âmbito da abordagem às feridas no utente pediátrico (**Anexo IV**);
- b) Contacto com a Associação Portuguesa para o Tratamento de Feridas e com 2 laboratórios farmacêuticos produtores de material de penso;
- c) Contacto com a farmacêutica responsável pelo departamento de pediatria do hospital;
- d) Elaboração de um compêndio sobre o tratamento de feridas no utente pediátrico, com base na pesquisa bibliográfica realizada, facilitador de consulta pela equipa de enfermagem (**Anexo V**);
- e) Preparação de uma acção de formação sobre o tratamento de feridas no utente pediátrico (**Anexo VI**);
- f) Divulgação da acção de formação (**Anexo VII**);
- g) Realização da acção de formação e avaliação do seu impacto (**Anexo VIII e IX**).

Para tentar dar resposta à necessidade sentida pela equipa de enfermagem, no que se refere aos cuidados à criança com lesões cutâneas, foi efectuada pesquisa bibliográfica, uma vez que também nós partilhávamos essa necessidade de informação. Para nossa surpresa,

constatámos que existem poucos estudos realizados sobre tal temática, pelo que tentámos contactar a Associação Portuguesa para o Tratamento de Feridas e com 2 laboratórios farmacêuticos produtores de material de penso.

Esses contactos foram realizados na tentativa de obter mais informações sobre especificidades da abordagem de feridas no utente pediátrico, uma vez que se tratam de entidades que se dedicam à investigação no âmbito do tratamento de feridas. Embora os contactos tenham sido efectuados no final do mês de Novembro, até ao término do estágio não foi obtida nenhuma resposta.

Talvez essa ausência de resposta se deva ao facto de também estas entidades terem deficit de informações nesta área. O facto é que segundo TROTT (2009), nas crianças as feridas mais comuns são as superficiais que são dolorosas e geralmente resultantes de traumatismos.

A prevalência de úlceras de pressão em crianças hospitalizadas foi estimada entre 0,47% e 13,1%, podendo chegar aos 27% em crianças internadas em unidades de cuidados intensivos, existindo muito pouca pesquisa que descreva as características das crianças com úlcera de pressão. WILLOCK, J. [et al] (2009).

Elaborar o compêndio bibliográfico sobre tratamento de feridas no utente pediátrico foi efectivamente um grande desafio, que apelou à nossa capacidade de pesquisa, de síntese, e de relação dos conteúdos encontrados com a especificidade do utente pediátrico. Permitiu-nos aprofundar conhecimentos e reflectir sobre a pertinência de estudos de investigação, e respectiva publicação, sobre esta temática pelo facto de haver poucos conhecimentos divulgados.

Compreendemos que a principal diferença na abordagem terapêutica de feridas no utente pediátrico se prende com o conceito de *cuidados atraumáticos* (HOCKENBERRY, M. [et al] 2006, pág. 11), isto é: “o fornecimento de cuidado terapêutico em ambientes, por um conjunto de funcionários e por meio de intervenções que eliminem ou mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pelas crianças ou seus familiares no sistema de cuidados à saúde”

Devemos sempre recordar as especificidades de cada faixa etária aquando da nossa aproximação, explicação dos procedimentos e inclusão dos pais. Por exemplo, um pré-escolar compreende uma linguagem simples e gosta de ver o material que vai ser usado, talvez até se possa realizar o penso no seu boneco favorito. Ele tem de sentir que existe uma relação de confiança com os seus pais e que o profissional de saúde está ali para o ajudar. Se for um adolescente, já entende uma linguagem elaborada, compreende todo o procedimento, e pode ou não querer a presença dos pais, pela sua necessidade de privacidade. Ele pode querer participar activamente na realização do tratamento.

Após a elaboração do compêndio bibliográfico, tornou-se clara a relevância de o apresentar, através de uma acção de formação dirigida à equipa de enfermagem, respeitando a deontologia profissional (Código Deontológico do Enfermeiro, 2009):

*e) A competência e o aperfeiçoamento profissional. (Artigo 78º)*

c) *A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. (artigo 78º)*

c) *Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (artigo 88º).*

De acordo com a avaliação global das colegas que assistiram à formação realizada, a temática abordada foi muito pertinente e contribuiu para uma melhoria da sua prestação de cuidados (*compromisso de um plano de acção*).

Com a consecução dos objectivos e actividades a que nos propusemos, desenvolvemos competências de enfermeiro especialista no âmbito da *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal* (na prestação directa de cuidados e na promoção de práticas de cuidados de qualidade e baseadas na evidência científica); no âmbito da *Gestão de Cuidados* (na gestão dos cuidados em articulação com os restantes elementos a equipa; no âmbito do *Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais* (pela auto-formação realizada e partilha dos conhecimentos adquiridos/aprofundados); no domínio da *Gestão da Qualidade* (dotando a equipa de conhecimentos que permitem a prestação de cuidados de maior qualidade e de um modo mais uniformizado).

No que se refere às competências específicas do EESIP (segundo a OE, 2009), podemos dizer que foram adquiridas as seguintes: *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida a criança/ jovem nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*. Estas resultaram da gestão dos cuidados prestados, da demonstração de conhecimentos sobre doenças comuns em várias idades, do reconhecimento de situações de instabilidade; da gestão da dor, da utilização de comunicação adequada à idade.

Esta passagem pelo internamento de pediatria revelou-se como uma experiência de aprendizagem muito rica. A nossa experiência profissional com crianças centra-se nos recém-nascidos, principalmente saudáveis; aqui foi-nos possível contactar com utentes de todas as faixas etárias, desde o período neonatal (entenda-se os primeiros 28 dias de vida) até aos 18 anos. Permitiu-nos articular conhecimentos sobre as características de cada etapa do desenvolvimento infantil e a prestação de cuidados, numa abordagem que deve obedecer às capacidades já adquiridas pelas crianças.

Também nos foi proporcionado o contacto com crianças e famílias em situação de doença aguda e crónica. Podemos verificar que as atitudes, e a ansiedade de ambos (criança e família) perante o diagnóstico, cuidados e procedimentos, são muito diferentes. Observámos que crianças com diagnóstico de doença crónica e com vários reinternamentos eram deixados sozinhos pelos pais, durante períodos mais longos. A tolerância à presença dos profissionais de saúde e aos procedimentos efectuados era muito maior nas crianças com doença crónica e a independência dos pais nos cuidados era notória.

Mais que uma situação de ensino-aprendizagem formal, acreditamos que esta etapa do estágio se constituiu como uma lição de vida.

### **3.4 Os Cuidados Neonatais**

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do HFF, foi o local escolhido para a realização do estágio de neonatologia, incluído no módulo III do nosso plano de estudos. A escolha deste campo de estágio deveu-se ao conhecimento que tínhamos relativamente à riqueza de experiências que esta unidade proporciona, e pelo facto de se encontrar no hospital onde trabalhamos, pelo que possuíamos já algumas noções sobre a população-alvo de cuidados e de alguns projectos em prática na unidade.

Esta unidade é constituída por quatro salas assistenciais: sala de Cuidados Intensivos Neonatais, sala de Cuidados Especiais Neonatais, sala de Cuidados Intensivos Pediátricos e sala de Cuidados Especiais Pediátricos.

Na sala de Cuidados Especiais Neonatais, podemos encontrar 20 postos de internamento, dos quais, 12 são berços e 8 são incubadoras. Nesta sala, podem estar colocados entre 3 a 4 Enfermeiros por turno.

Na sala de Cuidados Intensivos Neonatais, existem 6 incubadoras com postos de ventilação; aqui poderão estar destacados 2 a 3 Enfermeiros, por turno.

A sala de Cuidados Intensivos Pediátricos, tem 5 camas com postos de ventilação e a sala de Cuidados Especiais Pediátricos, possui 5 camas, existe ainda 1 quarto de isolamento. Nestas, estão distribuídos 3 Enfermeiros por turno que se distribuem consoante as necessidades.

Em suma e só para a Neonatologia, existem 38 Enfermeiros que se distribuem em equipas de 7 elementos. Nas manhãs dos dias de semana, estão presentes também, a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Responsável e a Enfermeira do projecto de visita domiciliária após alta. O método de trabalho é o individual, ficando cada enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a prestar às crianças que lhe foram atribuídas.

Em termos de dotação médica, a unidade conta com 7 Neonatologistas e 5 Intensivistas Pediátricos. Encontramos também, 14 AAM que se distribuem em 4 de manhã e 2 nas tardes e noites.

A unidade tem também a colaboração de uma Funcionária Administrativa, uma Assistente Social e uma Psicóloga. O Serviço de Gestão Hoteleira do Hospital, disponibiliza Auxiliares de Alimentação, para cuidar da alimentação das crianças internadas.

Como infraestruturas de apoio, a unidade dispõe de sala de reuniões, gabinetes médicos, sala da Chefe de Enfermagem, arrecadações, sala de arrumos de equipamento, sala de sujos e copa.

Os pais têm ao seu dispor, uma sala de espera/pausa, uma sala com cacifos, onde podem guardar os seus pertences e um cantinho de amamentação.

Os pais podem permanecer juntos dos seus bebés, 24 horas por dia, se bem que, nas salas de neonatais eles são desencorajados a ficar durante a noite, por falta de condições físicas e também para promover o seu descanso. Nas salas pediátricas existem cadeirões reclináveis onde os pais podem ficar durante a noite, no entanto e uma vez mais por questões de espaço físico, não existe capacidade para os pais de todas as crianças internadas na unidade permanecerem, se esta estiver lotada.

As crianças podem ser visitadas pelos avós e irmãos às segundas, quartas e sábados à tarde, durante 2 horas e sempre na presença dos pais (ou com a sua autorização, se a sua presença não for possível).

Durante o horário de trabalho da funcionária administrativa, é esta que recebe os pais que vêm visitar os bebés e lhes explica algumas regras de funcionamento da Unidade. Fora desse horário, são as AAM que desempenham esse papel. As regras a serem respeitadas são a entrega do cartão de visitante, em troca de uma chave de cacifo; a higiene das mãos e o uso de avental plástico para entrar nas salas e manipular os bebés. Todas as indicações sobre os cuidados são dadas depois pelos Enfermeiros.

Na Unidade de Cuidados Neonatais, são admitidos recém-nascidos provenientes do Bloco de Partos, ou da Obstetrícia; se vêm da urgência irão para a unidade de Pediátricos.

A Unidade recebe utentes provenientes preferencialmente, da área de abrangência do Hospital: concelho da Amadora e concelho de Sintra; mas poderá receber de outros pontos do país, desde que o local do parto seja o Hospital. Eventualmente, pode receber algum bebé transferido de outro hospital, por necessidade de vaga.

Inserido no Projecto de Seguimento Pós alta, um enfermeiro destacado, procede a um telefonema nas 24 horas após a alta, com o objectivo de se aperceber da adaptação do bebé e dos seus pais, no domicílio. Para o efeito, existe um guião de entrevista com um score que consoante as respostas dos pais, gera um valor que ditará a intervenção a seguir: novo contacto telefónico, visita domiciliária, ou alta.

No entanto, tenta-se programar visita domiciliária a todos os bebés que têm alta da unidade e para a qual os pais tenham dado autorização.

No início do estágio foi-nos dada a oportunidade de acompanhar a equipa de visita domiciliária da unidade, actividade que integrámos no objectivo de conhecer o serviço e seu funcionamento.

A visitação domiciliária insere-se no já referido Projecto de Seguimento Pós alta, sendo uma actividade que teve início em Junho de 2009, com o grande objectivo de realizar um acompanhamento após alta, mais personalizado e tentar reduzir a taxa de visitas à urgência e reinternamentos. Os bebés incluídos são prematuros com menos de 32 semanas, bebés com alterações neuro-desenvolvimentais e problemas socioeconómicos.

O projecto de visitação domiciliária, conta com uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e uma Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, no entanto, tenta envolver outros elementos da equipa que podem ser destacados para acompanhar a visita.

Actualmente, a visita é realizada mediante consentimento informado dos pais a preparada após a alta do bebé e tenta-se que seja efectuada na semana seguinte à alta.

Quando chega ao domicílio da família a visitar, a Enfermeira observa as condições de habitação e o ambiente em que esta vive, com o intuito de avaliar situações de risco e adequar os ensinamentos.

Os pais são questionados sobre a sua adaptação ao bebé e sobre que dúvidas surgiram.

São realizados/reforçados, ensinamentos sobre:

- Amamentação: posicionamento, sinais de boa pega, importância da sua manutenção e indicadores de que está a ser suficiente.
- Sinais de alerta para levar o bebé para o hospital: dificuldade respiratória, gemido, febre, intolerância alimentar e hipotonia.
- Prevenção de infecção: evitar lugares com muita gente; higiene das mãos antes de manipular o bebé; evitar a presença de pessoas doentes.
- Resolução de obstrução nasal.
- Resolução de cólicas.
- Posicionamento do bebé no berço.
- Prevenção de acidentes.

No final da visita, é reforçado aos pais que em caso de dúvidas, podem contactar a Unidade telefonicamente. São realizados registos de todos os procedimentos e ensinamentos efectuados.

Durante a visita, pode ser necessário efectuar alguns procedimentos, como: pesar o bebé, avaliar glicemia capilar, colher sangue para análises, ou mesmo gasimetrias.

O transporte da equipa de visita domiciliária é efectuado pela Fundação Gil, em carrinha própria para o efeito, e realiza-se semanalmente às segundas e terças-feiras.

A nossa participação na visita domiciliária constituiu-se como uma experiência muito rica em aprendizagens. Tivemos a oportunidade de observar de perto utentes inseridos no seu meio, na sua realidade. Constatámos alguns dos seus recursos e as suas dificuldades em adequar o que lhes foi transmitido no hospital em termos de cuidados, e sentimos que existem procedimentos mecanizados que colocamos em prática no nosso dia-a-dia que precisam urgentemente de serem revistos e re-adequados. Ficámos também com a noção da importância inerente a esta aproximação do “hospital” com a sua comunidade, para melhor a compreendermos e ser possível uma maior adaptação do nosso trabalho às necessidades das populações.

Um outro projecto em implementação na unidade prende-se com a alimentação de recém-nascidos prematuros com leite humano de dadora, no caso de impossibilidade de aleitamento materno. O leite é fornecido pelo Banco de Leite Humano (BLH) da maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC).

Embora já em funcionamento, este projecto tem ainda algumas lacunas, pelo que, juntamente com a nossa orientadora de estágio, concluímos que era uma necessidade da unidade a

existência de um procedimento sobre a prescrição e pedido do leite humano de dadora e outro que uniformizasse a conservação, manipulação e preparação do mesmo.

Sendo que o objectivo de conhecer a estrutura da Unidade e as linhas gerais do seu funcionamento se encontra intrinsecamente ligado a todas as nossas actividades, e após os primeiros contactos com a unidade e com a nossa orientadora de estágio, definimos os seguintes objectivos e actividades para esta parte do módulo III do nosso estágio:

**1º Adquirir conhecimentos sobre cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido prematuro numa unidade neonatal.**

Este primeiro objectivo tornou-se evidente, considerando que nunca exercemos funções numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Era, assim, uma necessidade sentida por nós enquanto formandas.

Para atingir este objectivo permanecemos nas salas de Cuidados Intensivos e Cuidados Especiais Neonatais, com a finalidade de observar a dinâmica, a prestação de cuidados, contactar com os bebés e os seus pais e participar activamente nos cuidados permitidos, principalmente na sala de cuidados especiais neonatais. Socorremo-nos de pesquisa bibliográfica para nos ajudar a melhor compreender as necessidades e características dos bebés prematuros e aprofundar aspectos do cuidar com os quais estávamos pouco familiarizados, como por exemplo a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, temática sobre a qual assistimos a um dia de formação na unidade.

Foi no contexto de integração e conhecimento da unidade, seu funcionamento e projectos e do pedido efectuado pela nossa orientadora que o diagnóstico de situação foi efectuado e suscitou a definição dos restantes objectivos e actividades de estágio.

**2º Contribuir para o desenvolvimento do projecto do leite humano de dadora (LHD), dotando a equipa multidisciplinar de conhecimentos sobre a utilização de LHD e sua importância para os recém-nascidos prematuros, na promoção da sua saúde e prevenção de complicações associadas à prematuridade.**

Na tentativa de dar resposta a este último objectivo escolhemos colocar em prática as actividades que se seguem:

- a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre alimentação de prematuros;
- b) Consulta dos documentos associados ao projecto de LHD;
- c) Entrevista (informal) com as Auxiliares de Alimentação para detectar as suas necessidades de informação, e observação do modo como manipulam o LHD;
- d) Contacto com o médico, responsável pelo BLH da MAC, com o objectivo de obter mais informações. (**Anexo X**);

- e) Elaboração de um compêndio bibliográfico sobre a importância do aleitamento materno nos prematuros, vantagens e desvantagens da administração de LHD e comparação com a utilização de leite de fórmula para prematuros (LFP). (**Anexo XI**);
- f) Elaboração de um procedimento sobre a prescrição, pedido e administração de LHD aos bebés pré-termo; (**Anexo XII**);
- g) Elaboração de um procedimento sobre conservação, manipulação e preparação do LHD.

Tais actividades contribuíram para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos sobre o leite humano de dadora uma vez que, a administração deste tipo de alimento é recente (exceptuando as já históricas amas de leite).

O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, enzimas, minerais e células vivas, perfeitamente adequada ao recém-nascido de termo. Todas estas qualidades do leite humano tomam maior relevo quando nos referimos a recém-nascidos pré-termo ou prematuros, devido à sua maior vulnerabilidade. (NASCIMENTO & ISSLER, 2004).

Os mesmos autores referem que a utilização de leite humano, preferencialmente da própria mãe em RNPT, baseia-se nas suas propriedades imunológicas, no seu papel de maturação gastrointestinal, na formação de vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neuro-comportamental.

Outra opção surgiu, para além do Leite de Fórmula para Prematuros (LFP) com o aparecimento dos bancos de leite: o leite humano de dadora. Para SHANLER, R. [et al] 2005 ele parece ser promissor na substituição do leite materno, em termos das suas propriedades protectoras.

O leite de dadora é normalmente obtido a partir de mulheres com partos a termo e já numa fase de lactação tardia. O leite é doado por mães saudáveis que estão a amamentar os seus próprios filhos e que têm leite em excesso. Tal leite é analisado antes e depois da pasteurização, com o objectivo de garantir a sua segurança bacteriológica (Banco de Leite da MAC, 2010).

É importante referir que o leite humano uma vez “extraído” e sujeito a todo o processamento necessário sofre alterações qualitativas que o torna diferente do leite inicialmente obtido. Os componentes anti-microbianos podem ser parcialmente danificados e a lipase desnaturada (TSUNG,[et al] 1993).

No entanto, outros compostos biológicos de fulcral importância são preservados, como nos indica um recente estudo sobre os oligossacáridos. (BERTINO [et al], 2009).

Da pesquisa bibliográfica (**Anexo XIV**) realizada concluímos que o leite humano (sendo produzido de acordo com as necessidades nutricionais do lactente, e considerando que a sua composição vai variando no sentido de se adaptar ao desenvolvimento do bebé) deve ser alvo de mais estudos no sentido de se perceber até quando o leite de dadora poderá ser, ou não, adequado ao bebé pré-termo.

As entrevistas informais e observação do trabalho nas auxiliares de alimentação foi importante, no sentido de nos ter ajudado a compreender como era na prática o circuito do LHD desde que chega ao serviço até ficar pronto para a administração, e por outro lado, perceber se existiam dúvidas quanto ao processo e se as auxiliares sentiam que a existência de um procedimento estruturado poderia ser uma mais-valia no seu dia-a-dia.

De facto as auxiliares entrevistadas, referiram que a existência de um procedimento seria de grande valor uma vez que, a rotatividade de elementos pelo serviço é grande, e os períodos de tempo de ausência também, pelo que a o procedimento por escrito, poderia colmatar várias dúvidas.

A compilação da pesquisa bibliográfica realizada, foi referida como muito benéfica para o serviço, uma vez que é de fácil consulta por se constituir um resumo do dossier com bibliografia deixado na unidade. Se entretanto surgir o interesse de aprofundar ou desenvolver algum trabalho de investigação, existe já um ponto de partida bibliográfico ao dispor da equipa multidisciplinar.

Face à receptividade e “novidade” da temática da administração de LHD em Portugal, foi-nos sugerido a elaboração de um artigo baseado no trabalho de compilação bibliográfica por nós desenvolvido. Neste momento, o artigo aguarda aprovação da revista *Nursing*.(Anexo XV)

Com estas actividades desenvolvemos competências no âmbito da *gestão dos cuidados* e do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais* uma vez que providenciámos informação que permite tomadas de decisão mais fundamentadas, uma uniformização dos conhecimentos entre os vários profissionais e mais opções terapêuticas para os prematuros internados na unidade.

Por outro lado, podemos afirmar que desenvolvemos a competência específica (segundo a OE, 2009), *Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade* pois, *providencia cuidados à criança promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência*, não só aquando da prestação de cuidados mas também da colocação em prática das estratégias apresentadas em cima, lidámos sempre com situações de elevada complexidade, em que a vida de um recém-nascido estava potencialmente em risco.

A filosofia de promoção da saúde e prevenção de complicações está aqui obviamente presente pois, ao providenciar informação, estamos a contribuir para que profissionais e pais possam tomar decisões mais fundamentadas no que respeita às opções terapêuticas dos recém-nascidos.

Por fim, a elaboração de procedimentos, contribuiu para que haja a uniformização dos processos e maior segurança dos bebés alimentados com LHD. Também com estas estratégias estamos a colocar em prática competências de enfermeiro especialista no campo da *melhoria contínua da qualidade*.

A nossa permanência na UCINP foi amplamente enriquecedora, pois permitiu-nos ter contacto com uma realidade prática diferente daquela que nos é habitual. Levou-nos a reflectir sobre os sentimentos dos pais daquelas crianças tão pequenas mas lutadoras, assistir às suas reacções face a novas aquisições dos seus bebés, e sobre os nossos próprios sentimentos face à problemática da doença e da morte neonatal.

Muitas vezes estávamos perante uma família recém formada, atravessando uma crise importante devida à dúvida face à sobrevivência do seu primeiro filho, após o término precoce e abrupto de uma gravidez tão desejada... Fez-nos pensar, apaixonou-nos e fez-nos querer voltar!

Este percurso permitiu-nos também adquirir conhecimentos sobre uma área pouco conhecida – a administração de LHD – e partilhá-los com a equipa.

### **3.5 Os Cuidados na Urgência Pediátrica**

A segunda parte do estágio módulo III aconteceu entre 25/10/2010 e 19/11/2010 no atendimento médico permanente (AMP) pediátrico do Hospital da Luz (HL). Trata-se da mais recente unidade hospitalar da Espírito Santo Saúde, situada em Lisboa tendo como *missão diagnosticar e tratar de forma eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais.* (In: sítio Hospital da Luz)

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto de procurarmos ter uma experiência num contexto diferente do nosso habitual, principalmente num contexto de instituição de saúde privada.

A Urgência Pediátrica do Hospital da Luz está inserida no AMP, onde funciona também a urgência de adultos, embora em espaços físicos distintos do mesmo piso.

A Urgência Pediátrica, conta com sala de triagem, sala de tratamentos, gabinetes médicos e sala de observações (SO) com 4 vagas, usualmente 2 berços e 2 macas, dependendo das necessidades.

A dotação de enfermagem é de 3 elementos nas manhãs e tardes e 2 nas noites. Nas manhãs e tardes, fica colocados 1 enfermeiro na triagem, 1 na sala de tratamentos e o terceiro no S.O. Na noite, um enfermeiro fica no S.O. e outro na sala de tratamentos, podendo ou não, fazer triagem, de acordo com a afluência de utentes.

A equipa do AMP, roda entre a urgência de adultos e a de crianças, no entanto, alguns enfermeiros, estão mais direccionados para a Pediatria. Presentemente, o AMP conta com 2 enfermeiros especialistas em saúde infantil e uma terceira a iniciar a sua formação.

De acordo com a informação dada pelos profissionais do AMP e de acordo com a nossa observação, os motivos que mais trazem os utentes à Urgência Pediátrica, são:

- Febre

- Vômitos

- Traumatismos (por quedas)

Apesar destes dados resultarem de uma constatação empírica, está a ser efectuado no presente, um estudo para que estes dados possam ser fundamentados.

Nestes 12 turnos, pretendemos realizar uma observação participativa, uma vez que, considerando que não temos experiência profissional na prestação de cuidados em contexto de urgência pediátrica, este período corresponderia a uma integração.

Foi interessante reparar que existe alguma preocupação em termos ambientais, no que respeita ao impacto do hospital na criança. Podemos observar que os consultórios médicos possuem macas com formato de animais (rinoceronte, hipopótamo e urso polar), no entanto o SO, a triagem e as salas de espera poderiam ter decorações mais adequadas ao ambiente pediátrico, sendo muito austeras.

A finalidade desta passagem, é compreender a dinâmica e funcionamento do serviço e participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem ao utente pediátrico que procura os serviços da AMP Pediátrica.

A nossa integração foi iniciada pelo S.O., onde foram prestados cuidados de enfermagem, a crianças em observação por vômitos e desidratação ligeira e a uma criança com suspeita de meningite. A esta última, foi realizada punção lombar que descartou a hipótese diagnóstica. Em todos os procedimentos tivemos a oportunidade de participar activamente.

As intervenções mais traumáticas são efectuadas na Sala de Tratamentos evitando-se o S.O., no sentido de se evitar que as crianças associem um local de sofrimento e medo com o local onde vêm repousar.

As crianças, ficam sempre na companhia dos pais (que podem ser ambos), havendo à sua disposição, cadeirões reclináveis.

Foi possível consultar os diferentes protocolos e procedimentos que estão instituídos no AMP Pediátrico, nomeadamente os cuidados na febre, nos vômitos, nas convulsões, etc. Devido ao facto da temática do nosso projecto de Estágio ser a alimentação infantil, foi-nos pedido para elaborar um procedimento dos cuidados de enfermagem perante a criança com diabetes inaugural, uma vez que não existem indicações de actuação para estas situações no manual de procedimentos do serviço.

Não sendo a diabetes inaugural, uma situação com que os enfermeiros se deparam frequentemente neste serviço, pareceu-nos pertinente a existência de tal procedimento, bem como um resumo teórico de fácil consulta sobre a diabetes na infância.

Assim, perante o diagnóstico da situação realizado a partir da nossa prestação de cuidados e entrevistas informais com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do serviço, estabelecemos como objectivos para a nossa estadia no AMP pediátrico do HL:

**1º Desenvolver competências no âmbito da triagem ao utente pediátrico, no contexto do atendimento em serviço de urgência;**

O primeiro objectivo surgiu na prática, como uma necessidade sentida aquando da nossa passagem pela triagem. Concluimos que era necessário mobilizar conhecimentos e exercitar a observação para os pormenores, o que nos iria ajudar a distinguir o trivial da verdadeira urgência.

Para atingir tal objectivo, consultámos o manual de procedimentos do serviço bem como as Orientações Técnicas da Direcção-Geral de Saúde para as Urgências em Ambulatório em Idade Pediátrica volumes I e II (2004). Para além das pesquisas bibliográficas, solicitámos à nossa orientadora uma maior permanência na triagem, por ser a área onde sentíamos necessidade de realizar mais observações e participações. Podemos referir que, ao longo do estágio sentimos uma evolução muito positiva na nossa intervenção na triagem pois, associávamos queixas e sintomas, sabíamos as questões a colocar. No entanto, se ficássemos a trabalhar neste serviço, achamos que seria benéfico despender mais alguns turnos acompanhadas na triagem, para ganhar segurança.

Consideramos que a triagem deve ser realizada por EESIP peritos em saúde infantil, pois estes profissionais estarão mais capacitados para lidar com crianças e famílias em situações de especial complexidade e que podem passar despercebidas a um olhar menos treinado.

**2º Aprofundar conhecimentos sobre a diabetes inaugural/cetoacidose diabética, e cuidados de enfermagem associados, contribuindo para que o manual de procedimentos do AMP se complete;**

Sendo que o contributo solicitado ao nosso estágio foi o de desenvolver um procedimento de actuação no atendimento de crianças entradas na urgência com diabetes inaugural, também foi necessário aprofundar conhecimentos sobre a etiologia, fisiopatologia e tratamento da diabetes na criança. Para tal, uma vez mais recorremos à pesquisa bibliográfica (**Anexo XVI**).

A diabetes mellitus (DM) é uma doença do metabolismo, caracterizada por uma deficiência parcial ou total da hormona **insulina**, resultando em alterações metabólicas e fisiológicas em quase todo o organismo. É o distúrbio endócrino mais comum da infância, com incidência máxima atingida durante o início da adolescência. (HOCKENBERRY [*et al*], 2006)

A diabetes apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas, sendo que a sua maior prevalência se situará no grupo etário acima dos 45 anos. Segundo a DGS, em 2006 a prevalência da diabetes em Portugal era de 6,7%, havendo uma estimativa de prevalência de 10,8% em 2025. (DGS, 2008) A diabetes **tipo 1** é, pois, uma doença auto-imune que afecta milhares de crianças em todo o mundo. A prevalência é de 1 em 2500 crianças com menos de 5 anos de idade e 1 em 300 pessoas aos 18 anos. (COLLET-SOLBERG, 2001)

A DM apresenta várias complicações, umas a médio/longo prazo e complicações agudas. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008) as complicações a longo prazo são:

- Doença cardio-vascular
- Nefropatia
- Neuropatia
- Amputação
- Retinopatia

Todas estas complicações estão relacionadas com a degradação progressiva dos vasos sanguíneos (angiopatia) o que leva à destruição e isquémia de tecidos e órgãos.

As Complicações agudas da DM são, segundo GALLEGO & CALDEIRA (2007):

- Cetoacidose diabética
- Síndrome Hiperglicémico Hiperosmolar
- Hipoglicémia

As duas primeiras são complicações agudas e graves sendo das principais causas de recorrência dos diabéticos à urgência e com mortalidade e morbilidade elevadas apesar dos avanços terapêuticos. A cetoacidose diabética é a mais frequente nos jovens mas pode surgir também na diabetes **tipo 2** e na diabetes inaugural no adulto. (COLLET-SOLBERG, 2001)

A cetoacidose diabética é uma emergência pediátrica que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente pois por desidratação, desequilíbrio electrolítico, acidose e coma pode chegar-se à morte (HOCKENBERRY [et al ], 2006). Perante tais factos, é de grande importância que os enfermeiros de uma unidade de atendimento de urgência pediátrica conheçam as manifestações de tal entidade patológica para poderem actuar em conformidade, prevenindo complicações e proporcionando todo o apoio e *empowerment* à criança e seus pais.

Partindo destes pressupostos, elaborámos um compêndio bibliográfico com o título – **Diabetes Mellitus em Pediatria: diabetes inaugural/cetoacidose diabética - intervenções de enfermagem (Anexo XVII)**, focalizando a complicação aguda *cetoacidose diabética*, sendo esta uma manifestação característica da *diabetes tipo 1* e não raramente o seu episódio inaugural. Com esta compilação esperamos contribuir para o aprofundar de conhecimentos e formação dos enfermeiros do AMP, bem como deixar uma ajuda à integração de novos elementos de enfermagem.

Com base na pesquisa efectuada, construímos um procedimento com a designação: **Cuidados de enfermagem na diabetes inaugural/ cetoacidose diabética na criança (Anexo XVIII)** com o **objectivo de uniformizar as intervenções de enfermagem nos 3 momentos de atendimento na urgência (triagem, sala de tratamentos e SO)** e respeitar a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) utilizada no serviço.

Para tal também nós sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre linguagem CIPE, com a qual não estávamos muito familiarizadas. Como tal consultámos o manual CIPE. Deste modo atingimos o **3º objectivo** a que nos tínhamos proposto. No entanto um 4º objectivo surgiu, perante a constatação de que parte da equipa de enfermagem está mais vocacionada

para a prestação de cuidados a adultos, mas roda entre a urgência de adultos e a urgência pediátrica, tendo revelado algumas dúvidas sobre a diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

#### **4º Contribuir para a melhoria da abordagem alimentar à criança em processo de diversificação alimentar.**

A estratégia que surgiu para a consecução deste objectivo, foi a de elaborar um poster (**Anexo XIX**), com a informação sobre a diversificação alimentar, que pudesse ficar afixado no SO, triagem e sala de tratamentos. Deste modo toda a equipa tinha a informação estrategicamente ao seu dispor.

Também neste serviço foi-nos dada a oportunidade de adquirir competências de enfermeiro especialista, no que se refere a: **Assiste a crianças/jovem e família, na maximização da sua saúde**, através dos ensinamentos realizados aquando da prestação de cuidados, e por intermédio do compêndio sobre diabetes e respectivo procedimento, que contemplam intervenções de enfermagem visando a recuperação e a promoção da saúde e do bem-estar da criança e família.

Também a competência **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade** se enquadra na problemática da diabetes inaugural trabalhada, bem como na prestação directa de cuidados efectuada.

Merece-nos partilhar que um serviço de urgências nunca foi uma área em que ambicionássemos exercer funções mas, para nossa surpresa, este estágio foi tão aliciante e enriquecedor, que libertou o “gosto” pelo serviço de urgências que, segundo parece, estava latente em nós.

#### **4. AVALIAÇÃO / REFLEXÃO GLOBAL**

A elaboração do presente relatório constituiu-se como um desafio, um exercício de reflexão e análise crítica de todas as actividades desenvolvidas, que no final nos levou a compreender a real dimensão dos conhecimentos adquiridos e das competências desenvolvidas, ao longo de todo este percurso.

O nosso ponto de partida foi um projecto que nos serviu de guia e motor de arranque. No entanto, ao longo do nosso percurso, deparámo-nos com necessidades nos serviços, que nos levaram a remodelar os nossos objectivos iniciais e a alargar a nossa área de intervenção prevista. Mais do que uma dificuldade, tal facto constituiu-se como um desafio, permitindo-nos aprofundar conhecimentos em temas inesperados mas muito compensadores.

Na nossa opinião a construção da nossa formação assentou num importante princípio dos cuidados de saúde: a **promoção da saúde**. Ela é defendida por diversas Teóricas de Enfermagem e reconhecida internacionalmente:

*“A saúde é um direito fundamental do ser humano e um factor indispensável para o desenvolvimento económico e social.*

*A promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde.”*

(Declaração de Jacarta, 1997, pág. 2)

Numa actualidade, em que cada vez mais a incidência de doenças crónicas e incapacitantes é uma realidade e um peso social em crescimento exponencial, a aposta de trabalhar no sentido de promover hábitos alimentares e de vida saudável nas crianças parece-nos um ponto de partida decisivo.

Foi este pensamento que nos guiou aquando da elaboração do nosso projecto e foi a nossa linha orientadora ao longo de todo o estágio. Embora a abordagem da alimentação não tenha sido aplicada directamente em todos os contextos de estágio, procurámos incluí-la em todos e, direccionar as nossas acções no sentido da melhoria da qualidade assistencial às crianças.

Consideramos que em todos os módulos atingimos todos os objectivos a que nos propusemos e que, nos foram proporcionadas experiências formativas altamente enriquecedoras. Acreditamos também que a todos os contextos de estágio, trouxemos conhecimentos e contribuimos para uma melhoria contínua da sua qualidade nos cuidados prestados às crianças/jovens e famílias, pois sentimos uma adesão relevante por parte das equipas, às actividades e contributos deixados nos serviços.

Também no âmbito mais académico, atingimos todas as competências previstas no Regulamento geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional (2009/2011).

De um modo global, importa-nos referir que todo este percurso foi uma mais-valia inquestionável, e que nos acompanhará na nossa vida profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem por nós prestados.

Em termos de sugestões resultantes das competências e aprendizagens adquiridas, para a nossa prática profissional, importa-nos salientar a diferente abordagem que iremos ter com a família. Antes de iniciarmos a nossa formação de especialização em enfermagem, era incomum olharmos a família como um parceiro no cuidar. Descobrimos, ao longo do nosso percurso, que a família é um aliado poderoso e que, através dela, podemos influenciar comportamentos e produzir ganhos em saúde. Assim, podemos afirmar que a filosofia da parceria de cuidados com a família foi integrada na nossa prática

Iremos também incorporar no nosso quotidiano profissional, exercícios reflexivos, uma vez que da reflexão sobre as nossas acções e decisões, resulta conhecimento.

A promoção da saúde vai continuar a servir de mote ao nosso trabalho pois, acreditamos que influenciando positivamente os comportamentos dos pais e das crianças pequenas, conseguiremos contribuir para que estas cresçam e se tornem adultos mais saudáveis, dando resposta, uma vez mais, ao preconizado pelos parceiros internacionais nas conferências de promoção da saúde.

Por último, o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da qualidade e dos cuidados forneceram-nos ferramentas importantes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados por nós prestados, numa perspectiva de gestão de recursos, estabelecimento de prioridades, identificação de necessidades de formação em nós e na equipa que integramos, bem como na identificação de problemas nos utentes e família.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Elaborar o presente relatório, permitiu-nos realizar um exercício crítico e reflexivo de todo o nosso percurso, desde o dia da recepção dos novos mestrandos nas instalações de Sintra da Universidade Católica no início de Outubro de 2009.

No presente documento, encontramos reflectido um trabalho complexo e multidisciplinar englobando a mobilização de conhecimentos adquiridos/ aprofundados nos momentos teóricos do curso. Reflecte-se uma evolução pessoal, educacional e profissional pois acreditamos que, hoje somos pessoas mais “ricas” do que o éramos no momento da partida.

No final deste percurso, reconhecemos de que ainda temos um longo caminho a percorrer no caminho da perícia, uma vez que a nossa experiência profissional prática, nunca teve lugar em serviços pediátricos. No entanto, essa mesma experiência profissional ajudou-nos a perceber outras perspectivas dos cuidados, das quais os colegas que sempre só tinham trabalhado em pediatria, não se apercebiam.

Como é defendido por BENNER (2001, pág. 33):

*“O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.”*

Ao longo dos módulos de estágio, os conhecimentos teóricos foram sendo integrados na prestação de cuidados, isto é, foram *construídas estratégias* no sentido de otimizar as aquisições da prática.

Este relatório teve a pretensão de espelhar o nosso percurso formativo e ser um instrumento crítico das decisões por nós tomadas, na nossa busca pela consecução dos objectivos a que nos tínhamos proposto.

Para nossa agradável surpresa, podemos afirmar que superámos as nossas expectativas de formação, pois de acordo com as realidades com que nos deparamos, face aos diagnósticos de situação efectuados e às solicitações que nos propuseram, tivemos a oportunidade de alargar o nosso leque de conhecimentos, indo recair em áreas temáticas que não esperávamos.

Tais desafios foram aliciantes, levaram-nos a intensas pesquisas e à partilha de novos conhecimentos com as equipas de enfermagem.

Podemos afirmar que todas estas actividades se constituíram como experiências únicas e que irão ser referências no nosso futuro, enquanto Enfermeiras Especialistas em Saúde infantil e Pediatria.

Esperamos que os contributos que deixámos em cada serviço por onde passámos tenham continuidade, e que o interesse pela investigação e busca da excelência dos cuidados tenha

ficado em movimento. *“Um corpo crescente de investigadores em todo o mundo, dará à profissão a base científica que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas”* (Vieira, 2009 pág. 125)

Os enfermeiros serão chamados cada vez mais a realizar investigação, a partilhar conhecimentos e conseqüentemente, manter-se numa actualização constante, o que exigirá um investimento pessoal ao longo de toda a nossa vida profissional. (Vieira, 2009. pág. 125)

A Enfermagem é uma ciência abrangente que toca outras áreas do saber. Trabalhar numa equipa multidisciplinar nem sempre é fácil pelo que se torna importante os enfermeiros manterem a actualização dos seus conhecimentos, através de investigação, para serem capazes de melhor fundamentarem e provarem os seus pontos de vista. Tal constatação foi directamente sentida quando trabalhámos a temática das feridas no utente pediátrico no serviço de pediatria, onde presenciámos uma forte resistência à mudança por parte da equipa cirúrgica. No entanto, percebemos que dotámos a equipa multidisciplinar de evidência científica para esta poder reflectir e seguir no sentido da melhoria dos cuidados prestados a crianças com feridas.

Aos enfermeiros está inerente a responsabilidade de prestação de cuidados diferenciados dirigidos às necessidades específicas das populações. Assim se compreende a necessidade dos enfermeiros em se especializarem em diferentes áreas do saber, procurando dar resposta às especificidades características de cada faixa etária, ao longo do ciclo vital. Por isso, os enfermeiros especialistas devem desenvolver competências no que se refere à gestão, à formação, ensino e investigação, não só para poderem coordenar, formar e articular-se com os seus pares mas também com outros profissionais que supervisionam ou a quem delegam tarefas.

Ao desenvolverem competências específicas numa determinada área, como a saúde infantil por exemplo, os enfermeiros ficam de uma maior capacidade de resposta na prestação de cuidados às crianças/jovens e família, pois conhecem com maior pormenor as características de cada faixa etária e melhor sabem lidar com situações de especial complexidade, podendo adequar mais especificamente os cuidados face à sua análise e diagnósticos de enfermagem.

As intervenções no âmbito da alimentação infantil como meio para a promoção da saúde, foram trabalhadas sempre de acordo com os diagnósticos de situação efectuados e as necessidades apontadas pelos serviços. Importa-nos realçar que o trabalho desenvolvido sobre o leite humano de dadora para alimentar recém-nascidos prematuros, foi particularmente aliciante, por se constituir como uma temática recente e que despertou o nosso interesse. Gostaríamos de, futuramente, participar em alguma investigação que efectivamente corrobore os benefícios da administração de leite humano nestes bebés ou mesmo em bebés a termo.

Também nesta linha, salientamos a nossa participação activa na promoção do aleitamento materno no módulo I do estágio. Na sua sequência, desenvolvemos já algumas actividades no nosso serviço, nomeadamente a adaptação do folheto sobre amamentação e modo de solucionar algumas dificuldades (elaborado na UCSP da Buraca) e colocando em prática as

recomendações e estratégias da UNICEF, aprendidas no Curso de Conselheira em Aleitamento Materno em que participámos.

A promoção do aleitamento materno pode ser vista como uma actividade autónoma dos enfermeiros pois todo o processo de intervenção é da nossa exclusiva responsabilidade, e de acordo com os autores, é uma prática que poderá trazer inúmeros ganhos em saúde. É importante apostarmos cada vez mais em evidenciar as actividades autónomas ou independentes da enfermagem, o que pode ser concretizado através de registos completos das acções desenvolvidas e da publicação de artigos científicos.

Deste modo poderemos dar mais relevo ao nosso trabalho, apresentaremos resultados, pois são estes que, no limite, provam a importância da enfermagem na sociedade, enquanto profissão e ciência.

Torna-se assim essencial apostar na especialização dos enfermeiros, pois deste modo são desenvolvidas competências direccionadas para auto-formação e formação dos pares e investigação, bem como gestão e coordenação de actividades e de investigação.

Gostaríamos ainda de deixar neste espaço algumas considerações relativamente ao Curso de Mestrado com Especialização em SIP. No final deste percurso concluímos que todas as unidades curriculares ministradas são imprescindíveis no entanto, gostaríamos de sugerir a existência, além das unidades preconizadas, de algumas opcionais nas quais, cada aluno de acordo com os seus interesses formativos e pessoais tivesse oportunidade de aprofundar conhecimentos. Podemos exemplificar com a temática da neonatologia, da reabilitação pediátrica ou a doença crónica.

Resta-nos partilhar uma breve reflexão sobre o nosso percurso profissional. No final do primeiro ciclo de estudos e conclusão da nossa licenciatura, tínhamos definido que nos gostaríamos de especializar na área da saúde materna e obstetrícia. No entanto, sentimos que antes de nos voltarmos para uma área tão específica, seria importante para o nosso crescimento pessoal e profissional, adquirir experiência e competências na prestação de cuidados a adultos.

Após alguma diversificação de experiências, decidimos partir para a especialização, acção que iniciámos pela nossa transferência para um serviço de obstetrícia. Ali apercebemo-nos de que o nosso real interesse se centrava nos cuidados ao bebé e, assim nos apercebemos que era a especialização em saúde infantil e pediatria que captava a nossa atenção.

Após a conclusão do curso, podemos afirmar com convicção que é este o caminho que pretendemos seguir, numa fase em que já ganhámos a maturidade pessoal e profissional para tomar decisões mais definitivas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C; OLIVEIRA, C. – Comportamentos Relacionados com a Saúde. In: **Servir**. 2002, vol 50:2 Março/ Abril. ISSN 087/2370. 84 -89 p.

ANDRADE, G. Papel da Família – demissão ou remissão In: **1ª Jornada em Nutrição Infantil Alimentar: Alimentar para a Saúde**. Livro de Resumos, edição ESCA 27 de Maio 2006.

Banco de Leite da MAC, 2010. Disponível em [http://www.mac.min-saude.pt/pdfs%5CBanco\\_de\\_Leite.pdf](http://www.mac.min-saude.pt/pdfs%5CBanco_de_Leite.pdf)

BENNER, P. – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem** – Coimbra, Quarteto Editora 2001. ISBN: 972-8535-97-X

BERTINO, E. [et al] Benefits of Donor Human Milk for Preterm Infants: corrent evidence. In: **Elsevier**. 85 (2009) S9-S10

BÉRTOLO, H. LEVY, L. – **Manual de Aleitamento Materno** – Lisboa, Comité Português para a UNICEF. 2008 ISBN 96436

BESSA, M. **Alimentação no Primeiro Ano de Vida**. Janeiro 2008 disponível em: <http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=34>

BRAND, A. Aversão Alimentar na Criança (neofobia). In: **1ª Jornada em Nutrição Infantil Alimentar: Alimentar para a Saúde**. Livro de Resumos, edição ESCA 27 de Maio 2006.

CASEY, Anne – Development and Use of Parterchip Modelo f Nursing Care. In:Glasper, E. A.; TUCHER A. – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutary, 1993

Centro Hospitalar do Porto: **Âmbito dos Hospitais de Dia**. Disponível em: <http://www.hgsa.pt/ver.php?cod=0G0E>

COLLET-SOLBERG, P. Cetoacidose Diabética em crianças: revisão da fisiopatologia e tratamento com uso do “método de duas soluções salinas”. In: **Jornal de Pediatria**. 2001, vol 77, nº1

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, Adelaide, 1988 – Recomendações de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis. Austrália [Adelaide]; OMS, 1988

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa, 1986 – Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Canadá [Ottawa]; OMS. 1986

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, Jacarta, 1997 – Declaração de Jacarta sobre a Promoção da saúde no Século XXI. Republica da Indonésia [Jacarta]; OMS, 1997

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) - **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP)**: versão Beta 2. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. 2008. ISBN 978-972-99646-7-1. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf)

DIAS, A. Promoção da Saúde: um processo dinâmico. In: **Servir**. 2000; Vol 48: 4, Julho/Agosto. ISSN 0871/2370. 190-192 p.

DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LINGUA PORTUGUESA ILUSTRADO, Edições Melhoramentos, Centro do Livro Brasileiro, Lda, 1972, São Paulo, Brasil. p. 637

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE: **Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas de Saúde**; Circular Informativa nº 19/DSIA de 17 de Setembro de 2001. Disponível em:  
[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Consulta\\_de\\_enfermagem](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Consulta_de_enfermagem)

FARREL, Marian; NICOTERI, Jo Ann – **Nutrição em Enfermagem: fundamentos para uma dieta adequada**. Rio de Janeiro 2005 Lab editora

GALLEGO, R. CALDEIRA, J. Complicações agudas da diabetes mellitus. In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 2007; 23:565-75

HOCKENBERRY, Marily [*et al*] – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo 2006. Elsevier ed. ISBN 13:978-0-323-02593-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-região de Saúde de Lisboa. Contributo da Enfermagem para a Promoção de Saúde da População. Lisboa, 2000

NASCIMENTO, M. ISSLER, H. Aleitamento Materno em Prematuros: manejo clínico hospitalar. In: **Jornal de Pediatria**. (Rio J.) 2004;80 (5 supl): S163 – S172.

Nursing Theories [SL: sn] [2009] disponível em:  
[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/health\\_promotion\\_model.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html)

OMS & UNICEF – **Aconselhamento em Amamentação: um curso de treino** – 1997 [SL]

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Conselho de Enfermagem Dezembro 2001. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Proposta do Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem. Assembleia Geral, 17 de Março de 2007, p. 4

ORDEM DOS ENFERMEIROS Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. In: **Cadernos Temáticos de Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa, 2009.

PORTUGAL, Assembleia da República Portuguesa - Código Deontológico do Enfermeiro - Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro D.R. I Série 180 (Anexo)

PORTUGAL, Assembleia da República – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril REPE. Disponível em  
[www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/.../REPE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/.../REPE.pdf)

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde**. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Disponível em:  
[www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/ACES-Decreto-Lei\\_n28-2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/ACES-Decreto-Lei_n28-2008.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção-Geral de Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica/ Direcção-Geral da Saúde – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. – (Orientações Técnicas; 14) ISBN 972-675-102

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção-Geral de Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Promoção da saúde/ Educação para a saúde » Áreas de intervenção » Alimentação. 2007. Disponível em  
<http://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlkImprimir.aspx?codigomd=0> (13/3/2010: 23:30)

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. – Lisboa: DGS, 2008 – XXIV p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção-Geral de Saúde: Divisão de Doenças Transmissíveis – **Programa Nacional de Vacinação 2006/ Direcção Geral de Saúde** - Nova edição revista - Lisboa: GS, 2005 – 84p - Orientações Técnicas 10. ISBN 972-675-136-5

SAKRAIDA, T. Modelo de Promoção da Saúde. In: TOMEY, A. M. ALLIGOOD, M. R.- **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**- 5ª ed, Loures, Lusociência, 2004 ISBN 972-8383-74-6

SHANLER, R. [et al]. Randomized Trial of Donor Human Milk *versus* Preterm Fórmula as Substitutes for Mother's Own Milk in Feeding of Extremely Premature Infants. In: **Pediatrics**. 2005; 116; 400-406

SOARES, G.S. RODRIGUES, EM – **Manual de recursos fisioterápicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998

SOLNADO, C. ANDRADE, I. Escola - educar pelo exemplo In: **1ª Jornada em Nutrição Infantil Alimentar: Alimentar para a Saúde**. Livro de Resumos, edição ESCA 27 de Maio 2006.

TOMEY, A. M. ALLIGOOD, M. R.- **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**- 5ª ed, Loures, Lusociência, 2004 ISBN 972-8383-74-6

TROTT, Alexander – **FERIDAS E LACERAÇÕES: Cuidados de Emergência e Encerramento** – Loures: Lusodidacta, 2009 13-18p; 35-48p ISBN 978-989-8075-17-8

TSUNG, Reginald C. [et al]- **Nutritional Needs of the Preterm Infant: scientific basis and practical guidelines**.- 1993 USA. Waverly Europe etd editores. ISBN 0-683-08425-9

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – **Regulamento geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. 2009/2011**.

VIEIRA, M.- **Ser Enfermeiro: Da paixão à proficiência** – 2ª edição. Lisboa Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda. 2009 ISBN 978-972-54-0195-8

WILLOCK, J. [et al] – The Development of the Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. In: **Journal of Wound Care**. Vol 18,England, January 2009

[http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/historia\\_9#26](http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/historia_9#26)

<http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=3>

*Sites consultados:*

<http://www.dgs.pt>

[www.food-inf.net](http://www.food-inf.net)

[www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)

<http://www.hff.min-saude.pt/>

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**Ajuda na Amamentação: como ultrapassar dificuldades**



## AJUDA NA AMAMENTAÇÃO

Como ultrapassar dificuldades

O leite materno é o mais adequado para o seu bebé pois é produzido para ele e pode protegê-lo de vários problemas.

Nos primeiros dias da amamentação podem surgir algumas dificuldades:

- Adaptação do bebé à mama
- Mamilos gretados e doridos
- Mamas tensas/ engorgitadas
- Mastite

Não desista! Estas situações resolvem-se...

Nós damos uma mão.



## Adaptação do bebé à mama

A mãe deve colocar-se numa posição confortável e com as costas apoiadas. Pode amamentar deitada ou sentada.



A boca do bebé deve ficar bem aberta e cobrir o mamilo e parte da aréola (área mais escura em volta do mamilo)



A boa pega do bebé evita também os **mamilos gretados e doridos**.

Para tratar dos mamilos gretados, é aconselhado passar umas gotas de colostro/leite ou uma pomada à base de lanolina

Recomenda-se que deixe os mamilos ao ar para cicatrizarem:

- Andar sem soutien em casa.
- Pode usar, dentro do soutien, umas conchas protectoras que se vendem nas farmácias



### Ingurgitamento mamário

Aquando da "subida" do leite vai sentir as suas mamas tensas, quentes e desconfortáveis.

- Envolve as mamas em calor (água quente, toalha quente) durante uns minutos.
- Faça uma massagem, com movimentos circulares e com creme hidratante desde a axila até à aréola.
- O esvaziamento deve ser realizado a toda a volta da mama para que a mama fique mole.
- Ofereça uma mama em cada mamada de modo a que o bebé a esvazie completamente.
- No final aplique uma bolça de gelo nas mamas.



## Mastite

A mastite é uma situação em que existe inflamação da mama.

Pode ser causada por uma infecção (microrganismos que podem entrar pelos mamilos gretados), ou por bloqueio dos canais por onde o leite passa.

A mama fica dolorosa, vermelha.

Pode provocar febre alta e mau estar.

- Pode continuar a amamentar, oferecendo a mama que está boa.
- Fazer extracção de leite da mama doente após a aplicação de calor
- Aplicar uma bolça de gelo no final
- Repousar e tomar medicamentos prescritos pelo médico.



## **Lembre-se:**

- O choro é o modo do seu bebé comunicar!
- Se ele chorar muito, não conclua logo que ele está com fome.
- Observe-o: ele pode não estar a pedir para mamar
- Quando o bebé chora ele pode estar a querer dizer-lhe que quer atenção, que fale com ele, que lhe pegue ao colo ou que está com a barriga cheia demais...

**Em caso de dúvidas contacte no seu centro de saúde:**

Enf<sup>a</sup> de Saúde Infantil

ou

Enf<sup>a</sup> de Saúde Materna

Pode também recorrer a:

**SOS amamentação: Telef.: 213965650**

**Ref. Bibliográficas:**

LEVY, Leonor. BERTOLO, Helena - Manual de Aleitamento Materno- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, Lisboa 2008. ISBN: 96436

[www.UNICEF.pt](http://www.UNICEF.pt)

[www.dgs-gov.pt](http://www.dgs-gov.pt)

[www.WHO.com](http://www.WHO.com)

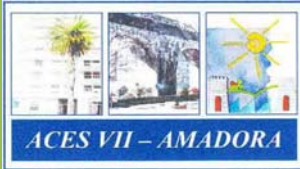


UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Elaborado por aluna Mestrado EESIP  
M<sup>a</sup> Manuela Correia  
Orientada por:  
Enf<sup>a</sup> Célia Freitas

## **ANEXO II**

**Manual de Procedimentos para a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil dos  
0 aos 24 meses**



ACES VII AMADORA - UCSP BURACA

## Manual de Procedimentos para as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 24

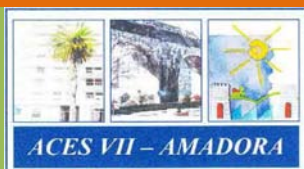


Enf<sup>ª</sup> Maria Manuela Severino Correia

Orientação:

EESIP Célia Freitas

Amadora, Junho de 2010



ACES VII AMADORA - UCSP BURACA

## Manual de Procedimentos para as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 24



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Trabalho elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Mestranda: Maria Manuela Severino Correia

**Amadora, Junho de 2010**

[Escrever texto]



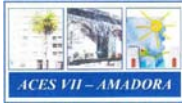
## UCSP BURACA

Um homem leva muito tempo a fazer-se porque é preciso que se prepare para se movimentar à vontade no campo do espírito. Tem de crescer não apenas corporalmente. Deve atingir uma envergadura que ultrapassa em muito o âmbito das coisas materiais. Deve fazer-se... homem.

(Paulo Geraldo)

Nesta vida pode-se aprender três coisas de uma criança: estar sempre alegre , nunca ficar inactivo e chorar com vontade pelo que se quer.

(Anónimo)



UCSP BURACA

## AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho pude contar com a ajuda e apoio de algumas pessoas as quais não poderia esquecer de nomear.

Assim, vai um grande bem-haja:

Para a Sra. Enfermeira Célia Freitas, pela orientação e energia que me transmitiu.

Aos meus pais e ao meu Filipe pela paciência, apoio e ajuda técnicas que me prestaram.

## INDÍCE FIGURAS

	Pag.
1 - Avaliação antropométrica	79
2 - Localização linfonodos	86
3 - Inserção dos pavilhões auriculares	89
4 - Dentição positiva	91
5 - Género varo	97
6 - Género valgo	97
7- Esquema recomendado para vacinação universal	107
8 - Esquema de vacinação atrasado	108
9 - Esquema de vacinação tardio	110
10 - Posição a adoptar para amamentação	115
11- Posição do bebé à mamã	116
12 -Modo de afastar o nariz da mama	116
13 - Manobra de Epstein	117
14 - Extracção manual de leite	120
15 - Necessidades hídricas das crianças	121
16 - Reconstituição do leite adaptado	124
17 - Teste de temperatura do leite	125
18 - Leite conservado no frigorífico	125
19 - Alimentação à colher	129
20 - Infante comendo à mão	130
21 - Desmame, utilização do copo	133
22 - Banho do lactente	139
23 - Potenciais locais de risco na cozinha	146
24 - Potenciais locais de risco na sala	147
25 - Potenciais locais de risco na casa de banho	147
26 - Sono do latente	154
27 - Chuchar no dedo	157

## INDÍCE TABELAS

	Pag.
1 - Horário das consultas de enfermagem de S.I.	12
2 - Tabela de crescimento e desenvolvimento infantil (0- 24 meses)	59
3 - Condutas para realização das observações físicas consoante a idade	75
4 - Velocidade de crescimento esperada em várias idades	77
5 - Valores normativos da P.A.	82
6 - Avaliação dos reflexos no neonato	99
7 - Esquema vacinação Hib em atraso	109
8 - Esquema de vacinação Merc em atraso	109
9 - Locais anatómicos para administração de vacinas	111
10 - Intervalos de segurança para administrar vacinas	111
11 - Técnicas de preparação do leite adaptado	123
12 - Doses recomendadas de vitamina D	134
13 - Prevenção de acidentes na infância	148

## INDÍCE

	Pág
1. - INTRODUÇÃO	8
2. - UCSP DA BURACA: SAÚDE INFANTIL	12
3. - GUIÕES DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM	15
4. - INSTRUMENTOS	47
4.1. - Teste de Avaliação do Desenvolvimento Infantil	47
4.2. - Instrumentos de Registo	52
4.2.1. - Ficha clínica de S.I. Rapaz e Rapariga	52
4.2.2. - Folha de consulta	53
4.2.3. - Ficha piloto individual	53
4.2.4 - Boletim de saúde Infantil de Juvenil	54
4.2.5 - Boletim de vacinas	55
5. - PRINCÍPIOS TEÓRICOS PARA REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL DOS 0 AOS 24 MESES	57
5.1 - Crescimento e desenvolvimento infantil	57
5.2 - Acolhimento da criança e família	73
5.3 - Observação / Exames físicos	73
5.4 - Diagnóstico precoce ou teste de Gutri	100
5.5 - Revisão do Puerpério e Contracepção durante a amamentação	101
5.6 - Aspectos Legais	102
5.7 - Vacinação	105
5.8 - Alimentação Infantil	114
5.9 - Higiene	136
5.10 - Prevenção de Acidentes	142
5.11 - Sono e Repouso	154
5.12 - Sucção não nutritiva	157
5.13 - Conduta face a sinais e sintomas mais comuns	160
6. CONCLUSÃO	164
7. BIBLIOGRAFIA	165
8. ANEXOS	170
A- Teste de Desenvolvimento de Sheridan	
B- Ficha clínica de saúde infantil rapaz e rapariga	
C- Folha de consulta de rapaz e rapariga	
D - Decreto-lei nº 7/ 2009 de 12 de Fevereiro	



## 1. INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde surge como uma exigência de todos aqueles que prestam e recebem cuidados de saúde. O exercício da Enfermagem, caminha no sentido de uma abordagem assistencial cada vez mais consciente, humanizada e fundamentada, com o objectivo da melhoria do atendimento aos utentes.

Segundo o Instituto da Qualidade em Saúde, "o Manual de Procedimentos trata, predominantemente, de uma das vertentes da qualidade: a conformidade. A conformidade com especificações, parâmetros e padrões previamente definidos e acordados, é a essência da garantia da qualidade".

Um manual de procedimentos deve ser um compêndio; livro pequeno portátil que contém o resumo de alguma matéria, neste caso, a maneira de alguma pessoa efectuar alguma coisa. (Silva, 1987).

Segundo Marquis (1999), os procedimentos são planos que foram reduzidos a uma sequência de etapas para realizar a acção necessária, estabelecendo maneiras habituais ou aceitáveis de realizar uma tarefa específica, ao esboçar um conjunto de etapas a serem seguidas e dar as bases para cada grupo de tarefas. Os procedimentos proporcionam um guia mais específico para a acção, ajudam a alcançar um elevado grau de regularidade, economizam tempo, facilitam a designação de tarefas e responsabilidades, reduzem custos, elevam a produtividade e propiciam um meio de controlo.

Um Manual de procedimentos, proporciona uma base para a orientação do desenrolar da acção, constituindo, além disso, uma referência para toda a equipa (Marquis, 1999).

O presente Manual da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, funcionará como um manual de procedimentos e surgiu no âmbito do Programa de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Buraca (ACES VII Amadora). Foi detectada a necessidade de criar um manual que guiasse e justificasse o atendimento de Enfermagem a crianças dos 0 aos 24 meses, tendo sido considerado de grande importância



o primeiro contacto com o recém-nascido e a família altura em que, tem lugar a realização do diagnóstico precoce. Neste momento podemos recolher informações sobre onde irá ser realizado o seguimento do bebé, identificar situações potenciais de risco e esclarecer dúvidas dos pais.

Os destinatários deste Manual de Procedimentos serão, assim, os Enfermeiros que integram a equipa do Programa de Saúde Infantil.

No UCSP da Buraca não existem registos formalizados referentes ao programa de Saúde Infantil. Não existem objectivos próprios delineados, nem procedimentos ou actividades padronizadas. São seguidas as orientações técnicas da Direcção - Geral de Cuidados de Saúde Primários e a perspicácia da Sra. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, mas não existe uma padronização formal de actuação aquando da sua substituição.

O presente Manual da Consulta de Enfermagem, tem como pretensão, colmatar esta lacuna, ajudando os profissionais de Enfermagem a estabelecer um padrão de intervenção e a uniformizar os procedimentos técnicos, bem como relembrar/aprofundar alguns aspectos do atendimento à criança, dos 0 aos 24 meses, e família.

A importância da família na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades está bem demonstrada (Stanhope, [et al], 1999). Os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem pediátrica dos anos noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (CASEY. 1993)

Deste modo se compreende a importância de envolver a família no atendimento à criança. A família, será o principal cuidador, sendo uma constante na vida da criança, precisa, por vezes, de ser orientada e alertada para vários aspectos. Por outro lado, a própria saúde familiar, não só a nível físico e psíquico, mas também, no que se refere à sua dinâmica própria, deve ser tida em conta pois, pode interferir no normal desenvolvimento da criança.

A equipa de saúde em geral e, a equipa de enfermagem em particular, deve respeitar, apoiar, encorajar e potencializar a actuação da família. Os membros da família devem ser **capacitados**, isto é, deve-lhes ser mostrado que têm habilidade e competência



para atender às necessidades da criança. A família deve também ser **potencializada**, através da interação com os profissionais de saúde, mantendo e/ou adquirindo novas competências e senso de controlo sobre a vida familiar, assumindo comportamentos positivos em termos de saúde (Dunst, Trivette e Deal, citado por Wong, 1999).

Os profissionais de saúde devem considerar os pais da criança como iguais, respeitando a sua actuação: o papel dos profissionais de saúde é apoiar e potencializar a capacidade da família para criar e promover o desenvolvimento dos seus membros tornando-os mais capacitados e fortalecidos (Wong, 1999).

Tendo em conta o anteriormente referido, os objectivos do presente Manual da Consulta de Enfermagem são:

- Assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem à criança, entre os 0 e os 24 meses, e família;
- Estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil, dos 0 aos 24 meses;
- Elucidar sobre a importância e utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento, bem como os de registo;
- Padronizar a actuação do Enfermeiro ao longo das consultas de Saúde Infantil dos 0 aos 24 meses;
- Realçar aspectos do desenvolvimento infantil relevantes para a avaliação correcta da criança;
- Realçar aspectos a serem tidos em conta aquando da realização das consultas, no sentido da promoção da saúde e prevenção de agravos a esta.

O Manual da Consulta de Enfermagem, destina-se, pois, a profissionais pelo que, a sua elaboração teve em conta a prévia formação dos Enfermeiros e a integração teórico-prática.

Pretendeu-se que o texto fosse de linguagem clara e sucinta, de fácil e rápida consulta e ponto de referência para o quotidiano. Por outro lado, tentou-se que ele servisse como fonte de informação adicional, não obstante da consulta das referências



bibliográficas que se incluem no final do presente documento, para aprofundamento de conhecimentos quando necessário.

Toda a informação constante deste Manual foi consequência de pesquisa bibliográfica, experiências vivenciadas, bem como entrevistas realizadas a profissionais experientes e especialistas neste âmbito.

O Manual da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, dos 0 aos 24 meses, está estruturado da seguinte forma:

Abordagem aos instrumentos de avaliação:

- Breve apresentação do programa de saúde infantil da UCSP da Buraca
- Guiões das consultas de enfermagem a serem realizadas entre os 0 e os 24 meses de idade;
- Abordagem de instrumentos de registo utilizados no centro de saúde;
- Abordagem sobre os princípios gerais a ter presentes na realização de consultas;
- Fundamentos teóricos necessários a uma avaliação correcta da criança e princípios a respeitar ao longo das consultas, bem como. Aspectos a ser contemplados na realização de educação para a saúde e esclarecimento dos pais.
- Breve abordagem da legislação: protecção da maternidade e paternidade e prestações familiares:



## 2. UCSP DA BURACA

O Programa de Saúde Infantil da UCSP da Buraca destina-se ao atendimento das crianças entre os 0 e os 14 anos, residentes na área de abrangência da unidade.

Segundo dados fornecidos pela Sr.ª Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria responsável pelo Programa, a maioria das famílias que beneficiam deste atendimento, são de nível sócio-económico baixo, entre eles podemos encontrar uma grande maioria de emigrantes africanos, e alguns dos países de leste, brasileiros e chineses

O acesso ás consultas de vigilância de saúde infantil é feito a partir do momento em que os pais levam o recém-nascido ao centro de saúde para a realização do diagnóstico precoce (teste de Gutri); para tal dirigem-se à vacinação/saúde infantil, que funciona no piso 2 para proceder à marcação com a Sr.ª Enfermeira, se preferirem podem marcar telefonicamente.

Aqui acontece o primeiro contacto da equipa de saúde infantil do centro com a criança e se edaga se a vigilância de saúde se realizará no centro ou em particular. Caso a resposta seja o centro de saúde, será marcada consulta de enfermagem e médica para os 15 dias de vida do recém-nascido.

As consultas de enfermagem são marcadas pela enfermeira de saúde infantil e a consulta médica pela administrativa.

A enfermeira marca as consultas de Enfermagem até aos dois anos, depois a marcação passará a ser efectuada no secretariado só para vigilância médica. As consultas de Enfermagem serão marcadas na agenda de enfermagem, nos dias referidos na tabela n.º 1.

**Tabela 1 - Horário das consultas de enfermagem de Saúde Infantil**

2ª e 6ª feiras	8H - 10h e 13h30 - 15h 30
3ª feira	11h - 12h 30 e 13h30 - 15h30
4ª feira	8h - 12h
5ª feira	8h - 12h30



Relativamente aos objectivos deste Programa, são seguidos os preconizados pela Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, que se encontram transcritos de seguida:

1. **Avaliar o crescimento e desenvolvimento** e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.

2. **Estimular a opção por comportamentos saudáveis**, entre os quais os relacionados com:

- a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas;
- a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress;
- a prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes.

3. **Promover:**

- o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação
- a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas
- a saúde oral
- a prevenção de acidentes e intoxicações
- a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar
- a prevenção das perturbações da esfera psicoafectiva

4. **Detectar precocemente e encaminhar** situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo.

5. **Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns** nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços e saúde.

6. **Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência** e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.



7. **Assegurar a realização do aconselhamento genético**, sempre que tal esteja indicado.
8. **Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência**, qualquer que seja o seu tipo.
9. **Promover a auto-estima do adolescente** e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.
10. **Apoiar e estimular a função parental** e promover o bem-estar familiar.

Numa tentativa de dar resposta a estes objectivos, as enfermeiras de saúde infantil realizam as seguintes actividades:

- Acolhimento da família e criança;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação Somatométrica;
- Educação para a saúde de acordo com as necessidades identificadas/referidas;
- Referenciação;
- Registos na Ficha Individual de Saúde Infantil e no Boletim Individual de Saúde infantil e Juvenil e no Boletim de Vacinas.

### 3. GUIÕES DAS CONSULTAS

Os guiões que se seguem, destinam-se a orientar as actividades e procedimentos, a serem realizadas, em consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, entre os 0 e os 24 meses.

Parece-nos, então, pertinente definir **consulta de Enfermagem**, sendo esta uma das actividades do Enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários. Assim, consulta de Enfermagem pode ser definida como:

*"Actividade que conduz ao estabelecimento de um diagnóstico de Enfermagem e, conseqüente plano de cuidados, que irá permitir ao Enfermeiro: ajudar, encaminhar, supervisionar e orientar os utentes e estabelecer o grau de dependência de Enfermagem".*

Jesus [et al] 1996

Uma das actividades a serem realizadas no decurso das consultas de Enfermagem é a **educação para a saúde** que, segundo a OMS, é definida como:

*"Processo que tem como finalidade ajudar os indivíduos a adquirirem a saúde pelos seus próprios, esforços e responsabilidades".*

As consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, surgem no contexto da vigilância de Saúde Infantil preconizada pelo Ministério da Saúde, mais precisamente pela Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Estes, determinaram os objectivos abaixo transcritos:

- Promover e avaliar o crescimento e o desenvolvimento.
- Promover comportamentos saudáveis.
- Prevenção Primária.
- Prevenção Secundária.
- Prevenção, diagnóstico e terapêutica precoces das situações de doença mais comuns.
- Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias.
- Aconselhamento genético, diagnóstico e orientação das famílias com situações patológicas sugestivas ou já confirmadas.



- Detecção precoce, apoio e orientação de situações de disfunção familiar.
- Promoção da auto-estima dos jovens.
- Cuidados antecipatórios.
- Apoio à função parental e promoção do bem-estar familiar.

A mesma entidade recomenda que os exames de vigilância de saúde sejam realizados em idades-chave:

1. Primeiro ano de vida: 1ª consulta na primeira semana de vida; 2ª consulta ao 1º mês; 3ª consulta aos dois meses; 4ª consulta aos quatro meses; 5ª consulta aos seis meses e, a 6ª consulta aos nove meses de vida.

Na UCSP da Buraca, preconiza-se haver uma consulta por volta dos 15 dias de vida do recém-nascido uma vez que, a primeira está vocacionada para a realização do Diagnóstico Precoce e para o esclarecimento de dúvidas e apoio aos pais, sendo necessária uma segunda consulta para uma observação e colheita de dados mais detalhada. Por outro lado, permite uma vigilância de saúde mais "apertada", encaminhamento e orientação dos pais, bem como o estabelecimento de uma relação empática.

2. Segundo ano de vida: 7ª consulta aos 12 meses; 8ª consulta aos 15 meses; 9ª consulta aos 18 e a 10ª aos 24 meses.

Este calendário não é, no entanto, rígido podendo a criança recorrer ao centro de saúde um pouco antes ou depois da idade-chave, sendo o exame realizado nessa altura, substituindo o anteriormente programado.

Preconiza-se, no entanto, que deve ser efectuada uma vigilância de Saúde, através de **Consultas de Enfermagem**, em algumas idades intercaladas com as anteriormente referidas, preferencialmente coincidentes com os momentos de vacinação previstos no programa nacional de vacinação, isto é, as Consultas de Enfermagem deverão ser realizadas



entre: os 3 e os 6 dias, aos 15 dias, aos 3 meses, 5 meses, sendo, as restantes coincidentes com as anteriormente referidas.

Para a elaboração destes protocolos, tivemos por base a pesquisa bibliográfica efectuada bem como o que está preconizado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no Programa tipo de actuação da Direcção Geral de Saúde. Contámos, também, com as orientações dadas pelas Sr.as Enfermeiras que nos acompanhavam neste processo.

O presente esquema é um exemplo de actuação, não sendo rígido mas sim adaptável à criança e à família. Toda a educação para a saúde pode ser realizada concomitantemente com a observação física e outros procedimentos, não sendo assim desligada da criança.

É de realçar que os acidentes referidos em cada idade se relacionam directamente com as competências de desenvolvimento que a criança vai adquirindo.

Resta agora referir, sumariamente, alguns princípios a respeitar ao longo da consulta de enfermagem.

Segundo Oski [et al.], 1992, no decorrer da entrevista de colheita de dados deve-se:

- Numa primeira fase e, para o entrevistador pouco experiente, deve-se seguir o guião do questionário;
- As questões devem ser orientadas para o problema e feitas em ordem a evidenciar informações mais específicas;
- Estar atento ao aspecto e comportamento da família pois, aspectos psicossociais podem ser óbvios (relação pais/filho por exemplo);
- Durante a entrevista é necessário mostrar interesse pela criança e pela situação: permitir aos pais falar livremente no início, expressando dúvidas e preocupações;
- O entrevistador deve olhar directamente para os pais e para a criança de modo intermitente e, não fixar os instrumentos de registo;
- Deve-se tratar tanto o acompanhante como a criança pelo nome;
- Deve-se estar atento a qualquer discrepância que possa surgir durante a entrevista, podendo ser necessário re-introduzir temas já abordados, para serem aprofundados.



O Enfermeiro deve apresentar-se e referir o motivo da consulta. Não deve dar conselhos, nem defender a sua opinião, não deve utilizar comentários ou chavões estereotipados e, não deve interromper a expressão de sentimentos ou emoções. O seu papel é apoiar, orientar... ajudando a família a tomar as suas próprias decisões.

Ao longo do exame físico, existem alguns aspectos que devem ser tidos em consideração, de acordo com a idade da criança. Deste modo, se se está perante um lactente, a observação física pode ser realizada com o bebé ao colo dos pais, exceptuando-se a avaliação do peso e comprimento. Deve-se ir distraíndo a criança, brincando com ela, falando-lhe num tom de voz suave e evitando movimentos bruscos. Os procedimentos traumáticos devem ser deixados para o fim, como por exemplo, o teste para verificar o reflexo de Moro. Os pais devem ser envolvidos nestes procedimentos sendo solicitada a sua a sua colaboração.

Se for um *toddler*, o exame físico poderá se efectuado com ele sentado ou de pé aos lados dos pais. A roupa interior deve ser retirada à medida que se vai realizando o exame. A observação e palpação deve ser efectuada, como consequência de brincadeiras e cócegas. Deixar a criança brincar e mexer com os instrumentos de avaliação e observação: fita métrica, por exemplo. Deve-se conversar com a criança ao longo do exame, usando frases curtas.

Se a criança se apresentar não colaborante, deve-se estabelecer diálogo com os pais e, gradualmente ir voltando a atenção de novo para ela ou para o seu objecto preferido. Por vezes torna-se necessário recorrer a técnicas de comunicação com a criança, como a utilização de um fantoche, recurso a uma história fazer observações agradáveis sobre a criança, a roupa, penteado, permitir que a criança faça escolhas... Deve-se pedir colaboração aos pais, caso seja necessária alguma restrição de movimentos. No final, o comportamento da criança deve ser elogiado caso esta tenha colaborado e, é pedido aos pais que mime e console o seu filho, quando a observação termina.



## 1.ª Consulta: entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido

Actividades:

1. Acolhimento da família e do recém-nascido.
2. Questionar sobre a adaptação da família à nova situação.
3. Efectuar colheita de dados: preenchimento dos dados de identificação que constam na ficha individual de saúde infantil, boletim individual de saúde infantil e a ficha piloto.
4. Informar sobre o funcionamento do Programa de Saúde Infantil do Centro de Saúde: como é a marcação de consultas; em que dias; registar o contacto telefónico do Centro no Boletim de Saúde Infantil.
5. Saber onde vai ser feita a vigilância de saúde do recém-nascido (no centro ou em particular), explicar a importância da vigilância de saúde.
6. Realizar a observação física, sumária, observar aparência geral, reflexos de sucção, busca e extrusão.
7. Explicar em que consiste o diagnóstico precoce, como se processa e efectuá-lo.
8. Verificar se foram administradas as vacinas anti-hepatite B e BCG ao recém-nascido na maternidade, em caso negativo alertar para a importância da vacinação e informar sobre o funcionamento do programa de vacinação neste centro de saúde.
9. Avaliar como está a decorrer a alimentação do recém-nascido, realizar educação para a saúde, se necessário, validando a informação
10. Esclarecimento de dúvidas, como por exemplo o banho, cuidados com o coto umbilical, posição de deitar, cuidados com a mama se estiver a amamentar, alertar para a importância de colocar o recém-nascido a eructar antes de o deitar; cuidados perineais ao recém-nascido, causas do bolçar, as cólicas, o sono.
11. Sinais de alarme: quando recorrer ao centro de saúde ou hospital;
12. Referir a importância e necessidade de estabelecer vinculação e envolvimento dos irmãos.



## UCSP BURACA

13. Esclarecimento de dúvidas acerca da contracepção, se amamentar inicia a pílula da amamentação ao 15º dia após o parto;
14. Marcação da consulta de revisão do puerpério (entre a 6ª e a 8ª semana após o parto), explicar a sua importância.
15. Explicar ou validar a informação acerca dos aspectos legais: direito à maternidade e paternidade, prestações familiares.
16. Realização dos registos no boletim individual de saúde infantil e no processo.
17. Marcação de uma nova consulta para os 15 dias de vida do recém-nascido.



## 2ª Consulta: aproximadamente pelos 15 dias de vida

Actividades:

1. Acolhimento dos pais e do recém-nascido.
2. Questionar sobre a adaptação da família à situação, desde a última consulta.
3. Efectuar colheita de dados, mais completa que na consulta anterior contemplando: caracterização da família, antecedentes familiares...
4. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico e registar, não esquecendo os gráficos de percentis.
5. Realizar a observação física completa. Registar alterações e encaminhamento se necessário:

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, características dismórficas, choro, frequência respiratória (30 - 80 cpm).

**Cabeça:** forma, fontanela anterior e posterior, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** inserção, simetria, presença de secreções;

**Nariz:** inserção, simetria, secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, freio do lábio superior e da língua, integridade do palato;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação de forma a despistar a presença, ou não, de massas (hepatomegália), movimentos respiratórios; coto umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Perfuração do ânus

Sexo Feminino:

- Pequenos e grandes lábios
- Clitóris
- Abertura uretral: meato
- Presença de secreções

Sexo masculino:

- Palpação do escroto (testículo descido ou não - criptorquídia)
- Forma do pénis
- Retracção do prepúcio/fimose
- Abertura uretral
- Presença de secreções

**Membros:** tamanho, número de dedos (polidactília, sindactília), leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, manobra de Ortolani-Barlow, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, extrusão, preensão palmar e plantar, Babinski, Moro, tónico assimétrico e simétrico do pescoço, marcha automática, arrastar.

6. Reforço da educação para a saúde, se necessário sobre: cuidados ao recém nascido-banho, coto umbilical, vestuário, alimentação, se estiver a ser amamentado avaliar o conhecimento da informação (técnica correcta) e reforço dos cuidados às mamas.

7. Educação para a saúde sobre:

- Fimose fisiológica; hipertrofia mamária; espirros, eructação, cólicas.
- Prevenção de acidentes:
  - Cuidados a ter quando o recém nascido está no berço,
  - Não deixar a criança sozinha em superfícies elevadas,
  - Cuidado ao transportar o recém-nascido,
  - Cuidado com a temperatura da água do banho e do leite adaptado, se adequado à situação,
- Necessidade de criar vinculação e envolvimento da família;
- Dormir;
- Comunicação da criança e evolução dos comportamentos;

8. Registo das actividades realizadas e dados colhidos.

9. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.

**Nota:** verificar se os pulsos são simétricos e se os dos membros inferiores são tão ou mais cheios que os dos membros superiores, caso contrário pode significar coartação da aorta.



### 3ª consulta: 1 mês de vida

#### Actividades:

1. Acolhimento da criança e da família.
2. Questionar sobre a adaptação da família à situação, desde a última consulta.
3. Tomar conhecimento de intercorrências na saúde.
4. Esclarecimento de dúvidas.
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico; avaliação física, sumária: aparência geral registar, não esquecendo os gráficos de percentis;
6. Avaliação do desenvolvimento, através da aplicação do teste de Sheridan (Anexo A).
7. Educação para a saúde:
  - Higiene; eventual suplemento vitamínico, cuidados gerais;
  - Alimentação
  - Prevenção de acidentes:
    - Cuidados a ter quando a criança está no berço;
    - Não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão.
    - Não dormir com a criança
    - Não prender chucha, babetes com fios ou cordões à volta do pescoço, não a deitar com estes.
    - Cuidado com a temperatura da água do banho e do leite adaptado, se adequado à situação,
    - Cuidado a transportar o recém-nascido,
    - Cuidado com a exposição solar
    - Evitar a utilização de objectos pontiagudos e afiados, alfinetes, etc.
    - Não fumar ao pé da criança
  - Necessidade da vinculação e envolvimento da família;



## UCSP BURACA

- Conduta face a sinais e sintomas mais comuns: de acordo com as necessidades encontradas: febre, diarreia, cólicas, obstrução nasal, dermatite seborreica, eritema das fraldas...
  - Comunicação da criança e estimulação.
  - Importância da vacinação
8. Registrar todas as actividades realizadas e dados colhidos
  9. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde

#### 4ª Consulta: 2 meses de vida

Actividades:

1. Acolhimento da criança e família.
2. Questionar sobre a adaptação da família à situação, desde a última consulta.
3. Tomar conhecimento de intercorrências na saúde.
4. Esclarecimento de dúvidas.
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico registar, não esquecendo os gráficos de percentis;
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, choro, frequência respiratória (20 - 40 cpm).

**Cabeça:** forma, fontanela anterior e posterior (verificar se já encerrou), cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios e da mucosa oral;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação de possíveis massas (hepatomegália por ex.) de movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália.**

Sexo Feminino:

- Clitóris
- Presença de secreções

Sexo Masculino:

- Presença de secreções
- Retracção do prepúcio/fimose



**Membros:** tamanho, leitões ungueais, tensão e flexão, anomalias, manobra de Ortolani-Barlow, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial;

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, extrusão, preensão palmar e plantar, Babinski, Moro, tónico assimétrico e simétrico do pescoço. Verificar se se extinguiram: marcha automática (dura até à 3 - 4 semanas) e arrastar (dura até às 6 semanas).

7. Avaliação do desenvolvimento, através da aplicação do teste de Sheridan.

8. Reforço da educação para a saúde:

- Higiene
- Alimentação
- Prevenção de acidentes:
  - Cuidados a ter quando a criança está no berço;
  - Não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão.
  - Atenção quando é transportada por crianças mais pequenas
  - Não dormir com a criança
  - Não prender chucha, babetes com fios ou cordões à volta do pescoço, não a deitar com estes.
  - Cuidado com a temperatura da água do banho e do leite adaptado, se adequado à situação,
  - Cuidado a transportar o recém-nascido,
  - Cuidado com a exposição solar
  - Evitar a utilização de objectos pontiagudos e afiados, alfinetes, etc.
  - Não fumar ao pé da criança;
  - Características dos brinquedos;
- Necessidade da vinculação
- Comunicação da criança, evolução dos comportamentos e estimulação
- Afectividade/ relacionamento;



## UCSP BURACA

- Conduta face a sinais e sintomas mais comuns: de acordo com as necessidades identificadas;
    - Reforçar a importância da vacinação, da necessidade de realizar a 1ª dose da Penta (DTP Hib e VIP - vacinas anti difteria, tétano e tosse convulsa; *Haemophilus influenzae b* e poliomielite inactivada), 2ª dose de VHB (vacina anti-hepatite B) aproveitar a consulta para vacinar o bebé efectuando ensino sobre possíveis efeitos secundários e como os resolver.
    - Reforço/validação da informação relativa aos direitos de maternidade e paternidade, licença de amamentação.
9. Registrar todas as actividades realizadas e dados colhidos
10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde



## 5ª Consulta: 3 meses de vida

### Actividades:

1. Acolhimento da criança e família.
2. Questionar sobre a adaptação da família à situação, desde a última consulta.
3. Tomar conhecimento de intercorrências na saúde.
4. Esclarecimento de dúvidas.
5. Avaliação somatométrica: peso, estatura e perímetro cefálico, registar não esquecendo os gráficos de percentis.
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, choro, frequência respiratória (20-40 cpm).

**Cabeça:** forma, fontanela anterior e posterior (verificar se já está encerrada), cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação da presença de massas (hepatomegália por ex), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

### Genitália:

#### Sexo Feminino:

- Presença de secreções
- Clitóris

#### Sexo masculino:

- Presença de secreções
- Retracção do prepúcio/fimose



**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulsos radiais.

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, extrusão, preensão palmar (pode já estar diminuído, tornando-se voluntário) e plantar, Babinski, Moro, tónico assimétrico e simétrico do pescoço.

7. Avaliação do desenvolvimento, através da aplicação do teste de Sheridan.

8. Reforço da educação para a saúde:

- Higiene;
- Prevenção de acidentes: manter objectos pequenos, quentes, pontiagudos e cortantes fora do alcance da criança, chupeta de uma só peça, brinquedos não desmontáveis em pequenas peças e pintados com tintas sem chumbo; não alimentar a criança deitada; não deixar peluches no berço, colocar sacos de plástico e balões fora do alcance da criança; não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão; cuidado a transportar a criança e com a exposição solar, manter as grades do berço elevadas;
- Comunicação da criança, evolução dos comportamentos, interacção/estimulação.
- Reforço da conduta face a sinais e sintomas mais comuns: de acordo com necessidades identificadas.
- Reforçar a importância da vacinação, da necessidade de realizar a 2ª dose da Penta (DTP, Hib e VIP) aos 4 meses de idade, aos 3 meses é administrada a primeira dose de MenC (vacina anti meningococos C).

9. Registar todas as actividades realizadas e dados colhidos

10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde

## 6ª Consulta: 4 meses de vida

### Actividades

1. Acolhimento da criança e família.
2. Questionar sobre a adaptação da família à situação, desde a última consulta.
3. Tomar conhecimento de intercorrências na saúde.
4. Esclarecimento de dúvidas.
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico registrar, não esquecendo as curvas dos percentis.
6. Realizar a observação física, registrar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, choro, frequência respiratória (20-40 cpm).

**Cabeça:** forma, fontanela anterior, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdômen:** palpação para identificação de presença de massas (hepatomegália por ex.), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, preensão palmar (pode já estar diminuído, tornando-se voluntário) e plantar, Babinski,. Verificar a extinção dos reflexos: extrusão, Moro, tônico simétrico e assimétrico do pescoço.



7. Avaliação do desenvolvimento, através da aplicação do teste de Sheridan.
8. Reforço da educação para a saúde:
  - Alimentação:
    - Introdução de novos alimentos (se não fizer amamentação exclusiva, introdução da primeira papa ou sopa tendo em conta o percentil de peso).
  - Prevenção de acidentes: manter objectos pequenos, quentes, pontiagudos e cortantes fora do alcance da criança, chupeta de uma só peça, brinquedos não desmontáveis em pequenas peças e pintados com tintas sem chumbo; não alimentar a criança deitada; não deixar peluches no berço, colocar sacos de plástico e balões fora do alcance da criança; não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão; cuidado a transportar a criança e com a exposição solar;
  - Comunicação da criança, evolução dos comportamentos (autonomia, reacção a estranhos, relacionamento) e estimulação.
  - Reforçar a importância da vacinação, e a necessidade de realizar a 2ª dose da Penta (DTP, VIP e Hib).
9. Registar todas as actividades realizadas e dados colhidos
10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



## 7ª consulta: 5 meses

### Actividades

1. Acolhimento da criança e da família;
2. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
3. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta.
4. Esclarecimento de dúvidas;
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória.

**Cabeça:** forma, fontanela anterior, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação da presença de massas (hepatomegália por ex.), movimentos respiratórios (20-40 cpm); cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações. Verificar se testículos presentes na bolsa escrotal.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, Babinski,. Verificar a extinção dos reflexos: preensão plantar.



7. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;
8. Comunicação da criança, evolução dos comportamentos (autonomia, reacção a estranhos, relacionamento) e estimulação
9. Reforço de educação para a saúde:
  - Alimentação: verificar o regime alimentar - refeição de papa mais refeição de sopa e introdução de carnes brancas.
  - Prevenção de acidentes: manter objectos pequenos fora do alcance da criança, chupeta de uma só peça, brinquedos não desmontáveis em pequenas peças e pintados com tintas sem chumbo; não alimentar a criança com ela deitada, não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão; cuidado com o transporte da criança, com a exposição solar; colocar objectos quentes em lugares inacessíveis, bem como substâncias tóxicas e plantas fora do alcance da criança;
  - Evolução da comunicação e do comportamento da criança (auto-afirmação e reacção a estranhos), estimulação e relacionamento;
  - Estimulação.
10. Administração da vacina MenC, 2ª dose.
11. Registo das actividades realizadas e dados colhidos;
12. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



8ª consulta - 6 meses

Actividades

13. Acolhimento da criança e da família;
14. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
15. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta.
16. Esclarecimento de dúvidas;
17. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
18. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória.

**Cabeça:** forma, fontanela anterior (verificar se ainda se mantém), cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição (primeiros dentes começam em erupção embora possam surgir um pouco mais cedo);

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação da presença de massas (hepatomegália por ex.), movimentos respiratórios (20-40 cpm); cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações. Verificar se testículos presentes na bolsa escrotal.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.



**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, Babinski,. Verificar a extinção dos reflexos: preensão plantar.

19. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;

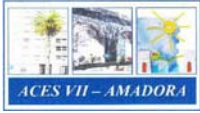
20. Comunicação da criança, evolução dos comportamentos (autonomia, reacção a estranhos, relacionamento) e estimulação

21. Reforça de educação para a saúde:

- Alimentação: mantém refeições de papa e sopa com carne
- Higiene oral, pode recomendar-se o uso de dedeira com flúor se a criança já tem 3 a 4 dentes;
- Prevenção de acidentes: manter portas fechadas, não deixar criança sem vigilância evitando quedas; colocar dispositivos de segurança em casa: tapar tomadas eléctricas, proteger arestas dos móveis, colocar fora do alcance da criança objectos pequenos e pontiagudos, cortantes, produtos tóxicos, fontes de calor, ter à mão o número de telefone do Centro Informação Anti-Venenos (CIAV).
- Evolução da comunicação e do comportamento da criança (auto-afirmação e reacção a estranhos), estimulação e relacionamento;
- Estimulação.
- Administração das vacinas dos 6 meses: 3ª dose da Penta (DTPa, VIP e Hib) e a última dose da vacina anti-hepatite b.

22. Registo das actividades realizadas e dados colhidos;

23. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



9ª consulta: 9 meses

Actividades

24. Acolhimento da criança e da família;
25. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
26. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta.
27. Esclarecimento de dúvidas;
28. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
29. Realizar a observação física, registrar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória.

**Cabeça:** forma, fontanela anterior (verificar se ainda se mantém), cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação da presença de massas (hepatomegália por ex.), movimentos respiratórios (20-40 cpm); cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações. Verificar se testículos presentes na bolsa escrotal.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.

**Reflexos:** piscadela, sucção, busca, Babinski,. Verificar a extinção dos reflexos: preensão plantar.

30. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;

- Prevenção de acidentes: manter objectos pequenos fora do alcance da criança, chupeta de uma só peça, brinquedos não desmontáveis em pequenas peças e pintados com tintas sem chumbo; não alimentar a criança com ela deitada, não deixar a criança em superfícies elevadas sem vigilância, se dúvida colocá-la no chão; cuidado a transportar a criança, com a exposição solar; colocar objectos quentes em lugares inacessíveis, bem como substâncias tóxicas e plantas fora do alcance da criança; manter portas de acesso fechadas, colocar protecções nas escadas; evitar toalhas de mesa pendentes, ter por perto o contacto do centro de intoxicações; colocar protecções nas arestas dos móveis e outros dispositivos de segurança doméstica; características dos brinquedos desaconselhar "aranhas". Usar vestuário e sapatos adequados ao tamanho da criança e com solas anti-derrapantes.

31. Comunicação da criança, evolução dos comportamentos (autonomia, reacção a estranhos, relacionamento) e estimulação

32. Reforça de educação para a saúde:

- Alimentação: Mantém refeição de papa e sopa com carne; pode introduzir o peixe na sopa nesta fase. Principais erros alimentares, número de refeições, composição e consistência.
- Higiene oral, pode começar a utilizar pasta dentífrica adequada;
- Prevenção de acidentes: reforçar os aspectos dos 6 meses; manter portas fechadas, não deixar criança sem vigilância, quedas: colocar dispositivos de segurança em casa, vestuário e calçado adaptado ao tamanho da criança e anti-derrapante, evitar aranhas; colocar fora do alcance da criança objectos pequenos e pontiagudos, cortantes, produtos tóxicos, fontes de calor, ter à mão o número de telefone do Centro Informação Anti-Venenos (CIAV).
- Evolução da comunicação e do comportamento da criança (auto-afirmação e reacção a estranhos), estimulação e relacionamento;
- Estimulação.



## UCSP BURACA

33. Registo das actividades realizadas e dados colhidos;
34. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



## 10ª consulta: 12 meses

Actividades:

1. Acolhimento da criança e da família;
2. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
3. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta.
4. Esclarecimento de dúvidas;
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória (15-25 cpm).

**Cabeça:** forma, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação de massas (hepatomegália, por ex.), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, simetria das pregas inguinais, amplitude de movimentos; pulso radial.

**Reflexos:** sucção, piscadela, Babinski. Verificar extinção do plantar e de busca;

7. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;
8. Reforço de educação para a saúde:



## UCSP BURACA

- Alimentação: ingestão de 500 ml de leite ou derivados; introduzir leguminosas e citrinos bem como ovo inteiro; pode já fazer refeições com sopa mais segundo prato e fruta. Anorexia fisiológica do 2º ano de vida; abrandamento do crescimento e diminuição das necessidades alimentares quantitativas;
  - Higiene oral, vigiar integridade da dentição;
  - Prevenção de acidentes: vigilância permanente da criança para evitar quedas, afogamento, queimaduras choques eléctricos, uso de dispositivos de segurança; deixar objectos de pequenas dimensões, pontiagudos e cortantes longe do alcance da criança, roupa e calçados adaptados ao seu tamanho e não derrapante.
  - Evolução da comunicação e do comportamento da criança (afirmação da personalidade, aprendizagem de regras sociais), estimulação e relacionamento (hiperprotecção);
  - Importância da vacinação (observação do boletim individual de saúde);
9. Registo de actividades realizadas e dados colhidos;
10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



**11ª consulta: 15 meses**

Actividades:

1. Acolhimento da e da família;
2. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
3. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta.
4. Esclarecimento de dúvidas;
5. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.
6. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registar não esquecendo os gráficos de percentis.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória (15-25 cpm).

**Cabeça:** forma, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação da presença de massas (hepatomegália, por ex.), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações. Verificar se testículos presentes na bolsa escrotal.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, amplitude de movimentos, postura e marcha; pulso radial.

**Reflexos:** sucção, piscadela, Babinski. Verificar extinção do plantar e de busca;

7. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;
8. Reforço de educação para a saúde:



## UCSP BURACA

- Alimentação: ingestão de 500 ml de leite ou derivados, partilha já os alimentos da família, podendo-se introduzir morangos, kiwis, doces e mariscos; principais erros alimentares, treino do uso de talheres;
  - Higiene oral, suplemento de flúor;
  - Prevenção de acidentes: transporte, brinquedos, riscos domésticos, parques infantis, quedas, colocar identificação da criança e contacto dos pais na sua roupa; vigiar a criança; não deixar objectos de pequenas dimensões, pontiagudos e cortantes, bem como produtos tóxicos, ao alcance da criança; utilizar dispositivos de segurança em casa; Vigiar a criança quando há proximidade com fonte de água; não deixá-la só; ensinar o significado do quente; remover grades e estruturas que ajudem a trepar.
  - Promoção de estilos de vida saudáveis: brincar, passear, dormir;
  - Evolução da comunicação e do comportamento da criança (birras, negativismo, afirmação, agitação e aprendizagem de regras sociais), estimulação e relacionamento.
  - Reforço da importância da vacinação (observação do boletim individual de saúde); administração da primeira toma de VASPR (vacina anti - sarampo papeira e rubéola) e terceira dose de MenC.
9. Registrar todas as actividades realizadas e dados colhidos;
10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



## 12<sup>a</sup> consulta: 18 meses

### Actividades

1. Acolhimento da criança e da família;
2. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
3. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta;
4. Esclarecimento de dúvidas;
5. Avaliação somatométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória ( 15-25 cpm).

**Cabeça:** forma, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para a identificação da presença de massas (hepatomegália, por ex), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, amplitude de movimentos, postura e marcha;

7. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;
8. Reforço de educação para a saúde:



## UCSP BURACA

- Alimentação: ingestão de leite e derivados, principais erros alimentares (açúcares, sal, gorduras, ingerir alimentos no intervalo das refeições);
- Higiene oral;
- Desmame da chupeta e do biberão;
- Controle dos esfíncteres;
- Aprendizagem de regras sociais e rotinas de vida diária, importância de modelos educativos;
- Prevenção de acidentes: transporte, brinquedos, riscos domésticos, parques infantis, quedas, colocar identificação da criança e contacto dos pais na sua roupa; vigiar a criança; não deixar objectos de pequenas dimensões, pontiagudos e cortantes, bem como produtos tóxicos, ao alcance da criança; utilizar dispositivos de segurança em casa, calçado adaptado ao pé e anti-derrapante mas que na cole ao chão. Vigiar a criança quando há proximidade com fonte de água; não deixá-la só; ensinar o significado do quente; remover grades e estruturas que ajudem a trepar.
- Promoção de estilos de vida saudáveis: brincar, desenhar, hábitos de ver televisão, ritual de ir dormir;
- Evolução da comunicação e do comportamento da criança (birras, negativismo, afirmação), estimulação e relacionamento (independência, terrores nocturnos e ansiedade da separação).

9. Registo de actividades realizadas e dados colhidos;

10. Marcação da próxima consulta de vigilância de saúde infantil.



**11ª consulta: 24 meses**

Actividades:

1. Acolhimento da criança e da família;
2. Questionar sobre a adaptação da família desde a última consulta;
3. Tomar conhecimento de intercorrências de saúde desde a última consulta;
4. Esclarecimento de dúvidas;
5. Avaliação antropométrica: peso, estatura e perímetro cefálico. Registrar não esquecendo os gráficos de percentis.
6. Realizar a observação física, registar alterações e encaminhamento se necessário.

**Observação geral:** cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, frequência respiratória (15-25 cpm).

**Cabeça:** forma, cabelos, simetria da face;

**Olhos:** abertura das pálpebras, conjuntivas, escleróticas, resposta pupilar à luz, presença de secreções;

**Pavilhão auricular:** presença de secreções;

**Nariz:** secreções;

**Boca:** integridade dos lábios, mucosa oral e dentição;

**Pescoço:** forma, presença de nódulos, resistência à flexão;

**Tórax:** forma, simetria das mamas e da grelha costal; movimentos anormais.

**Abdómen:** palpação para identificação de massas (hepatomegália, por ex.), movimentos respiratórios; cicatriz umbilical; pulso femoral;

**Dorso:** rigidez e integridade da coluna vertebral.

**Genitália:** Sexo Feminino e Masculino: Presença de secreções e alterações.

**Membros:** tamanho, leitos ungueais, tensão e flexão, anomalias, amplitude de movimentos, postura e marcha; pulso femoral.

7. Avaliação do desenvolvimento através da utilização do teste de Sheridan;
8. Reforço de educação para a saúde:



## UCSP BURACA

- Alimentação: ingestão de leite e derivados, principais erros alimentares (açúcares, sal, gorduras, ingerir alimentos no intervalo das refeições);
  - Higiene oral;
  - Desmame da chupeta e do biberão;
  - Controle dos esfíncteres;
  - Aprendizagem de regras sociais e rotinas de vida diária, importância de modelos educativos;
  - Prevenção de acidentes: transporte, brinquedos, riscos domésticos, parques infantis, quedas, colocar identificação da criança e contacto dos pais na sua roupa; vigiar a criança; não deixar objectos de pequenas dimensões, pontiagudos e cortantes, bem como produtos tóxicos, ao alcance da criança; utilizar dispositivos de segurança em casa, calçado adaptado ao pé e anti-derrapante mas que na cole ao chão. Vigiar a criança quando há proximidade com fonte de água; não deixá-la só; ensinar o significado do quente; remover grades e estruturas que ajudem a trepar.
  - Promoção de estilos de vida saudáveis: brincar, desenhar, hábitos de ver televisão, ritual de ir dormir;
  - Evolução da comunicação e do comportamento da criança (birras, negativismo, afirmação), estimulação e relacionamento (independência, terrores nocturnos e ansiedade da separação).
9. Registo de actividades realizadas e dados colhidos;
10. Comunicar à família que a próxima consulta de vigilância será aos 3 anos e a partir de agora, as consultas serão marcadas no secretariado.

## 4. INSTRUMENTOS

O **histórico de enfermagem** pressupõe uma colecção deliberada e sistemática de dados de variadas fontes, que podem ser entrevistas (criança, família e outras pessoas), observação das interacções sociais, avaliação do desenvolvimento, avaliação física, dados laboratoriais e a consulta a outros profissionais de saúde.

### 4.1 Testes Avaliação do Desenvolvimento Infantil

A **avaliação do desenvolvimento infantil**, segundo a OMS (1967) " é o rastreio e aplicação, a todas as crianças que nascem, de certas técnicas que podem ser utilizadas de forma rápida por pessoal menos especializado, susceptíveis de indicar a presença ou ausência de determinadas deficiências. Se o resultados for positivo, indicando a presença certa ou provável de deficiência, a criança deve ser enviadas a um centro especializado de diagnóstico e acompanhamento".

Esta definição responde às perguntas:

"O que é?"

"Para que serve?"

"A quem?"

Quanto às:

"Por quem?" - técnico de saúde que aplica os testes e faz a avaliação

"Onde?" - num ambiente calmo e acolhedor, semelhante ao ambiente natural da criança

"Quando?" - à nascença, ao primeiro mês e em períodos chave da idade da criança

"Como?" - através de testes próprios para a avaliação do desenvolvimento.

**Para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, o enfermeiro deve:**



- possuir um sólido conhecimento dos parâmetros de desenvolvimento (quais os valores ou achados considerados normais e os desviados da média);
- ter presente as situações etiopatogénicas mais comuns;
- identificar na criança factores de risco;
- durante as consultas fazer questões dirigidas, de forma a verificar possíveis alterações do padrão de comportamento;
- observar a criança desde que entra até que sai da consulta, quando não está a ser alvo de alterações e se sente mais à vontade, por isso podendo dar informações mais fidedignas;
- valorizar suspeitas dos pais, familiares e educadores (uma vez que estes convivem mais com a criança e por outro lado num meio em que se exprime mais à vontade).

**Os testes de desenvolvimento** permitem:

- identificar de forma rápida e fidedigna as crianças cujo nível de desenvolvimento está abaixo do considerado normal e que, portanto, necessitam de uma investigação adicional;
- uma forma de registar medidas objectivas do desenvolvimento actual para referência futura;
- bem como motivar os pais para levantar questões e a participar na promoção e desenvolvimento dos filhos.

Há **factores** que podem alterar e **influenciar negativamente uma avaliação do desenvolvimento**, sendo estes, segundo Cordeiro e Carvalho (1990):

- o excesso de confiança por parte do examinador;
- o insuficiente conhecimento dos amplos limites da normalidade;
- não contar com a idade gestacional, sobretudo durante o primeira ano de vida;
- não valorizar o padrão familiar do desenvolvimento, nomeadamente em relação há fala, marcha, controlo dos esfínteres, etc.;



- não ter uma perspectiva global dos diversos parâmetros do teste;
- não assegurar a fiabilidade e apropriação do teste em relação ao resultado que se pretende;
- não predizer o futuro a partir de um teste efectuado precocemente na vida de uma criança;
- fazer generalizações inapropriadas ou tirar conclusões abusivas a partir dos resultados do teste.

**Aquando a realização de testes de avaliação do desenvolvimento, o enfermeiro:**

- saber que os testes podem ter limitações, que podem restringir a sua aplicação quanto à eficiência e impacto, no entanto podem constituir um grande apoio, por isso não devem ser usados exclusivamente mas, apenas como parte da supervisão do desenvolvimento;
- deve utilizá-los se estiver com eles familiarizado e se dispuser de tempo para os aplicar;
- deve correlacionar os elementos da avaliação com factores de risco mencionados ou detectados;
- conhecer os recursos da comunidade;
- em caso de dúvida confrontar e partilhar com os restantes membros da equipa de saúde;
- programar, se surgirem dúvidas, uma nova avaliação da criança a curto prazo;
- motivar e orientar os pais para a observação da criança no domicílio e enviar informações completas registando-as, inclusivamente no boletim de saúde infantil e juvenil;
- deve ter em conta a evolução de cada criança, tendo presente que cada etapa se relaciona com a anterior e, por sua vez, prepara a seguinte;
- que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento;



- incentivar os pais a estimularem as crianças, não para intervirem no seu ritmo, mas de forma a criar condições para que em cada etapa as crianças desenvolvam as suas capacidades/ habilidades;
- sensibilizar os pais e educadores a estimularem a capacidade de observação e a sua sensibilidade de forma a darem uma resposta adequada às solicitações das crianças.

Para realizar a **observação física**, considerada indispensável, e que só por si pode revelar alterações, devem-se respeitar alguns princípios que serão abordados adiante, na introdução aos guiões das consultas.

A **vigilância de saúde infantil**, segundo Cordeiro e Carvalho (1990, p.1), "em cuidados de saúde primários tem como objectivo a avaliação do desenvolvimento físico, motor, mental, emocional e social e a detecção precoce de quaisquer anomalias, atendendo às implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança".

### **Teste de Sheridan**

A Administração Regional de Saúde preconiza a realização do **Teste de Sheridan**.

O teste de Sheridan pode servir como auxiliar importante na orientação da avaliação do desenvolvimento, nas diversas idades chave e na identificação dos mais importantes sinais de alarme (Boavida e Borges, 1990).

O teste é de fácil preenchimento e dá uma informação actual das 4 áreas avaliadas:

- postura e motricidade global,
- visão e motricidade fina,
- audição e linguagem,
- comportamento e adaptação social.



No verso apresenta um quadro com os **sinais de alarme**, para cada idade chave, para além de espaços de registo da frequência do infantário, apoios e plano de acção. (Ver Anexo A)

Quanto ao **material necessário** é mínimo e de fácil aquisição. São necessários uma sineta ou roca, lápis, papel, 6 cubos coloridos, livro colorido, bola colorida e pequenos objectos coloridos.

O teste é de fácil aplicabilidade numa consulta de saúde infantil, podendo alguns itens serem pontuados com a informação dos familiares.

Como já foi referido anteriormente é fundamental conhecer o que é considerado dentro da média, uma vez que as crianças podem diferir largamente quanto aos aspectos do desenvolvimento. Devemos estar despidos para as situações mais afastadas da média, pois podem ter maior possibilidade de ter alguma alteração. Devemos ter em conta que o desenvolvimento motor grosso, no 1º ano de vida (sentar, caminhar, etc.) é uma área de fácil avaliação, no entanto é a que é menos sensível para uma inferência do desenvolvimento intelectual. Por outro lado, os parâmetros do desenvolvimento motor fino, bem como da linguagem, constituem os indicadores mais sensíveis.

**Quanto ao preenchimento** a grelha do teste de Sheridan deve ser preenchida, nas colunas que antecedem os itens, de acordo com a seguinte nomenclatura: **S = item adquirido**, **N = item não adquirido** e **S/N = aquisição emergente**.

A **nível dos registos** não basta apenas registar se tem ou não a capacidade, por exemplo no teste de audição para além de registar se a criança vira a cabeça para o som, deve também registar a rapidez da resposta, a capacidade de localizar sons abaixo e acima do ouvido, etc., noutro exemplo, para as habilidades motoras finas é importante referir que a criança agarra os objectos mas também se os tenta alcançar, se a preensão é palmar ou digital, se os transfere, etc.



## 4.2. Instrumentos de Registo

Segundo Stanhope (1999, p. 466) "os **registos** são uma parte integral da estrutura de comunicação numa organização de cuidados de saúde. São requeridos por lei e devem ser mantidos em todas as instituições, governamentais e não governamentais, registos rigorosos e completos". Os registos:

- Fornecem informação completa sobre a criança;
- Indicam a extensão e qualidade dos cuidados;
- Podem resolver assuntos legais em processos de negligência;
- Fornecer informações para a realização de educação para a saúde;
- Fornecer informações para pesquisa.

A **nível das consultas de saúde infantil** existem os seguintes suportes de registo:

- Ficha Clínica de Saúde Infantil Rapazes, com respectiva Folha de Consulta;
- Ficha Clínica de saúde Infantil Raparigas, com respectiva Folha de Consulta;
- Ficha Piloto Individual
- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

### 4.2.1. Ficha Clínica de Saúde Infantil Rapazes e Raparigas

Nesta registam-se dados relativos à identificação da criança, dos pais, a idade, a profissão, a data de nascimento, morada, telefone, n.º processo e n.º utente, antecedentes familiares, informações referentes ao período pré-natal e natal, alimentação, desenvolvimento, características habitacionais e familiares, dados relativos a imunizações, rastreios, anomalias congénitas, rendimento escolar, avaliação somatométrica, curvas de percentis, avaliação física, registo de problemas, bem como espaços para registo de outros dados pertinentes. (Ver anexo B)



#### 4.2.2. Folha de Consulta

É um instrumento que permite o registo de observações, dados colhidos, pela entrevista ou pela aplicação de instrumentos de avaliação (risco e desenvolvimento), planeamento das acções a desenvolver, a sua avaliação, educação para a saúde realizada, reacções da criança e família, entre outros. É um instrumento flexível onde tudo o que o profissional considera relevante pode ser escrito (Ver anexo C). De forma a facilitar o registo, propomos uma sequência, que, no entanto, é flexível, assim:

- Intercorrências de saúde;
- Adaptação da família;
- Avaliação de recomendações anteriores e encaminhamentos;
- Avaliação somatométrica;
- Aspectos relevantes da observação física;
- Resultados da aplicação do teste de Sheridan e da Ficha de Determinação do Risco;
- Dúvidas colocadas;
- Educação para a saúde, aspectos relevantes, aceitação e reacção da família;
- Aspectos relevantes observados ao longo da consulta;
- Actividades realizadas, recomendações, encaminhamentos, etc.
- Marcação da próxima consulta, de vigilância de saúde.

#### 4.2.3. Ficha Piloto Individual

Esta consiste num suporte de informação, que deveria estar separado do resto do processo da criança, num ficheiro de consulta rápida. Deve ser retirado e preenchido em todas as consultas, ou quando há alguma alteração. A Ficha Piloto Individual permite registar o contacto para identificação da criança e da família: nome, morada, data de nascimento, morada, telefone, bem como o n.º processo, n.º beneficiário, subsistema de saúde, nome do médico de família e o médico de saúde infantil (se não for o mesmo). A ficha piloto conte informação relativa à assiduidade da criança às consultas de Saúde



Infantil, sobre a próxima marcação de vigilância de saúde e outras informações que possam ser consideradas pertinentes (Ver anexo C).

#### 4.2.4. Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

Segundo Cordeiro (1990), as **vantagens** do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil passam por permitir:

- guardar registos que estão sempre disponíveis, sempre que a criança necessita de cuidados de saúde;
- permite que os pais, como imediatos prestadores de cuidados, tenham melhor acesso à informação, devendo inclusivamente registar as suas próprias observações;
- constituiu um bom pretexto para discutir a saúde infantil com os pais, nomeadamente, sobre o crescimento, desenvolvimento, alimentação, cuidados, etc.;
- quando os pais mudam de residência, o boletim é uma fonte de informação, de grande importância, para os profissionais;
- outra vantagem é poder servir de meio para os pais não se esquecerem das consultas de vigilância de saúde e das imunizações;
- constituiu uma forma de reconhecer as aptidões, os direitos de informação e os deveres dos pais de participarem nas acções que visam a manutenção da saúde dos filhos.

Cordeiro (1990), considera que o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil permite o registo de uma grande quantidade de informação e se o preenchimento do Boletim fosse universal, poderia desempenhar grandemente as funções a que se propõe dar resposta.

**Os enfermeiros devem informar os pais** da importância do Boletim, de o trazerem para as consultas bem como, proceder ao seu cuidadoso preenchimento, de forma sistemática, de acordo com a periodicidade recomendada para os exames de vigilância de saúde e, sempre que necessário.



Assim, é de extrema importância proceder aos registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil quanto ao preenchimento:

- da identificação;
- da data de realização do rastreio de doenças metabólicas;
- da avaliação somatométrica, realizada em todas as consultas;
- das tabelas de percentil;
- da grelha relativa ao desenvolvimento e da alimentação durante o primeiro ano de vida;
- dos aspectos relevantes, obtidos durante as consultas, estes devem ser registados nas observações, após cada consulta ou nas páginas de notas que para isso existem no final do boletim;
- quanto aos dados relativos às alergias, reacções, intoxicações e outros acidentes, devem ser registados na página correspondente do boletim;
- a marcação da próxima consulta de vigilância deve ser anotada na última página.

É importante informar os pais que o Boletim Individual de Saúde é indispensável e que deve acompanhar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança.

#### 4.2.5. Boletim de Vacinas

O Boletim de Vacinas acompanha a criança desde a sua saída da maternidade, onde foram administradas e registadas já duas vacinas (se o peso do recém-nascido for superior a dois quilogramas): a primeira dose de vacina anti-hepatite B e a vacina anti-tuberculose ou BCG. No boletim podem ser também registadas imunoglobolinas administradas ou teste de tuberculina.

Posteriormente o boletim de vacinas deve acompanhar sempre a criança quando esta se deslocar a uma unidade de saúde, assim como o boletim de saúde infantil.

Todas as vacinais administradas ao longo da vida, serão aqui registadas, assim como no sistema informático dos centros de saúde (SINUS). Em todas as consultas o boletim



## UCSP BURACA

deve ser verificado para garantir que todas as vacinas estão actualizadas, informando-se os pais sobre as próximas tomas.



## 5. PRINCÍPIOS TEÓRICOS NA REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DOS 0 AOS 24 MESES DE VIDA

Uma vez que, este Manual de Procedimentos, se dirige a profissionais de Enfermagem, de seguida abordaremos, sucintamente, alguns princípios e conteúdos teóricos que nos pareceram importantes de realçar, de modo a complementar as acções a executar ao longo das consultas. Não se pretende, aqui, explicar ao pormenor todas as técnicas e procedimentos mas, apenas reforçar alguns princípios que não devem ser descorados.

Inicialmente apresentamos um quadro resumo do desenvolvimento infantil até aos 24 meses de idade e, posteriormente, abordaremos aspectos que se prendem com os procedimentos propriamente ditos bem como aqueles que não devem ser esquecidos aquando da realização de educação para a saúde.

### 5.1. Crescimento e Desenvolvimento Infantil

O **desenvolvimento** é um processo contínuo e dinâmico da aquisição de padrões de actividade, que incluem alterações emocionais ou sociais determinados pela intersecção do indivíduo com o ambiente. Implica a evolução de um estágio para outro mais complexo.

O **crescimento** é um processo contínuo e dinâmico que produz alterações no tamanho e implica um aumento quantitativo do corpo, inicia-se na concepção e prossegue até à idade adulta.



## UCSP BURACA

A **maturação** consiste no aumento das capacidades e da adaptabilidade, descreve uma mudança qualitativa, uma mudança na complexidade de raciocínio, na estrutura que possibilita um desempenho das funções a um nível mais elevado.

A **diferenciação** é um processo biológico através do qual as células e as estruturas iniciais são, de forma sistemática, modificadas para obter propriedades físicas e químicas características e específicas.

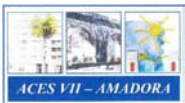
O **crescimento e o desenvolvimento** são influenciados por vários factores genéticos, ambientais, nutricionais, culturais, sociais e emocionais, políticos e económicos.

Quanto às tendências genéricas do crescimento e desenvolvimento, os valores devem-se situar-se perto dos valores médios, entre os limites de distribuição esperados para cada idade enquadra a maioria da população de referência. Deve ter um ritmo, evolução e velocidade, que se situe perto da média, devendo estes ser harmoniosos, ou seja que não haja discordância entre os diversos aspectos, por exemplo a relação peso/altura ou do desenvolvimento psicológico e motor.

Um dos aspectos que nos parece imprescindível na compreensão e avaliação da criança, é ter algumas noções básicas de como se processa o seu desenvolvimento. Assim, seguidamente apresentamos a tabela n.º 2, onde é descrito um resumo do desenvolvimento físico, aquisição das habilidades motoras, sensoriais, de vocalização e de socialização/cognição.

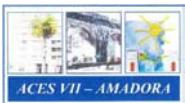
Tabela n.º 2 - Crescimento e desenvolvimento infantil dos 0 aos 24 meses

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganho de peso de 150 a 210g por semana durante os 6 primeiros meses;</li> <li>• Ganho de altura de 2,5cm e em perímetro cefálico 1,5cm/mês nos 6 primeiros meses;</li> <li>• Reflexos primitivos presentes e fortes;</li> <li>• Reflexo olho de boneca e diminuição do reflexo da dança;</li> <li>• Respiração nasal obrigatória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assume posição flectida com a pelve elevada, mas os joelhos não ficam sob o abdómen em posição de decúbito ventral (ao nascimento os joelhos ficam flectidos sob o abdómen);</li> <li>• Pode virar a cabeça de um lado para o outro quando em decúbito ventral, levanta a cabeça momentaneamente da cama;</li> <li>• Quando puxado da posição deitada para a posição sentada, a cabeça é a última a "chegar";</li> <li>• Sustenta a cabeça momentaneamente em paralelo e na linha média quando suspensa em decúbito ventral;</li> <li>• Assume posição de reflexo cervical tónico assimétrico quando em decúbito dorsal;</li> <li>• Quando mantida em posição em pé, não tem firmeza para sustentar o corpo nos quadris e nos joelhos;</li> <li>• Na posição sentada, as costas estão uniformemente arredondadas e ausência de controlo da cabeça.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãos predominantemente fechadas;</li> <li>• Reflexo de preensão forte;</li> <li>• Fecha a mão em contacto com o chocalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de se fixar em objectos e movimentos numa área de 45º em seu redor, quando mantidos a uma distância de 20 -25 cm;</li> <li>• Acuidade visual aproxima-se dos 20/100;</li> <li>• Segue a luz até à linha média;</li> <li>• Mantém-se quieta quando houve uma voz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chora para expressar desgosto;</li> <li>• Emite pequenos sons guturais;</li> <li>• Emite sons de conforto durante a alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora - estágio I (uso de reflexos ) e estágio II, (reações circulares primárias);</li> <li>• Olha intencionalmente para a face dos pais quando estes falam com a criança.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fontanela posterior fecha;</li> <li>• Desaparece o reflexo de rastejar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assume uma posição menos flectida quando em decúbito ventral -quadris achatados, pernas esticadas, braços flectidos, cabeça colocada lateralmente;</li> <li>• Quando puxada para a posição sentada a cabeça já acompanha melhor o movimento;</li> <li>• Pode manter a cabeça no mesmo plano que o corpo quando sustentada em decúbito ventral;</li> <li>• Quando em decúbito ventral, pode inclinar a cabeça até 45° para fora da mesa;</li> <li>• Quando mantida em posição sentada, a cabeça mantém-se elevada, porém pende para a frente;</li> <li>• Assume, de forma intermitente, posição de reflexo cervical tónico assimétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãos frequentemente abertas e reflexo de preensão diminuído.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início da convergência binocular e fixação de objecto próximos;</li> <li>• Quando em posição supina, segue um brinquedo que é balançado;</li> <li>• Procura a origem dos sons;</li> <li>• Vira a cabeça para o lado quando é produzido um som ao nível do ouvido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocalização distinta do choro, tornando-se diferenciáveis;</li> <li>• Murmura e vocaliza quando ouve uma voz familiar</li> <li>• Emite sons vogais simples: " ah, eh, uh"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora - estágio II, (reações circulares primárias);</li> <li>• Demonstra sorriso social em resposta a diversos estímulos.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição dos reflexos primitivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém a cabeça mais erecta quando sentada mas ainda se nota inclinação para a frente;</li> <li>• A cabeça tem ligeiro atraso quando se dá a passagem de deitada para sentada;</li> <li>• Assume posição corporal simétrica;</li> <li>• Pode elevar a cabeça e os ombros a partir da posição de decúbito ventral até um ângulo de 45 a 90° a partir da mesa, suporta o peso nos antebraços;</li> <li>• Quando mantida de pé é capaz de aguentar pequena fracção do seu peso sobre as pernas;</li> <li>• Observa as suas mãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segura activamente o chocalho, mas é necessário colocá-lo na sua mão;</li> <li>• Reflexo de preensão está ausente;</li> <li>• Mantém as mãos frouxamente abertas;</li> <li>• Aperta as próprias mãos, puxa a roupa e cobertores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segue objectos até à periferia da sua visão;</li> <li>• Localiza o som ao virar a cabeça, olhando na direcção da sua origem;</li> <li>• Começa a ter a capacidade de coordenar os estímulos a partir de vários órgãos dos sentidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grita alto para mostrar prazer; murmura, balbucia e ri;</li> <li>• Vocaliza quando sorri;</li> <li>• Balbucia muito quando falam com ela;</li> <li>• Chora menos durante os períodos de vigília.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora -estádio II, (reações circulares primárias);</li> <li>• Demonstra interesse considerável pelo que a rodeia;</li> <li>• Pára de chorar quando a mãe entra no quarto;</li> <li>• Pode reconhecer faces e objectos familiares, como o biberão;</li> <li>• Mostra consciência acerca de situações estranhas.</li> </ul>



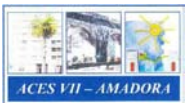
## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Começa a salivação;</li> <li>• Reflexo de Moro e cervical tónico desaparecem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quase não se observa atraso da cabeça quando passa para a posição sentada equilibrando-a bem.</li> <li>• Dorso menos arredondado, curvado apenas na região lombar;</li> <li>• Capaz de se sentar erecta quando apoiada;</li> <li>• Capaz de levantar a cabeça e o tórax da superfície até um ângulo de 90 graus da superfície onde se encontra;</li> <li>• Assume posição simétrica predominante</li> <li>• Rola do decúbito dorsal para o lateral;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecciona e brinca com as mãos; puxa as roupas ou cobertor sobre a face;</li> <li>• Tenta alcançar os objectos com a mão, porém exagera;</li> <li>• Agarra o objecto com ambas as mãos;</li> <li>• Brinca com o chocalho colocado na mão, sacode-o mas não consegue apanhá-lo se este cair;</li> <li>• Pode colocar objectos na boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É capaz de acomodação visual a objectos próximos;</li> <li>• Visão binocular quase já estabelecida;</li> <li>• Começa a coordenação mão - olho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Emite sons consoantes: "n, K, p, b";</li> <li>♦ Ri alto;</li> <li>♦ Alteração da vocalização de acordo com o humor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora -estádio II, (reações circulares primárias) e estágio III, (reações circulares secundárias);</li> <li>• Requer atenção quando brinca, torna-se aborrecida quando fica sozinha;</li> <li>• Aprecia a interacção social com as pessoas;</li> <li>• Prevê a alimentação quando vê o biberão ou a mãe;</li> <li>• Mostra excitação com o corpo, grita, respira profundamente;</li> <li>• Mostra interesse por estímulos estranhos;</li> <li>• Começa a mostrar memória.</li> </ul>



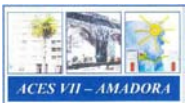
## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Começam os sinais de erupção dentária;</li> <li>• Peso de nascimento duplica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A cabeça acompanha simultaneamente o movimento da passagem de deitada para sentada;</li> <li>• Quando sentada, mantém a cabeça erecta e equilibrada;</li> <li>• Capaz de se manter sentada por períodos mais longos se as costas estiverem bem apoiadas;</li> <li>• Costas erectas;</li> <li>• Quando em decúbito ventral, assume posicionamento assimétrico, com os braços esticados;</li> <li>• Pode virar-se de decúbito ventral para dorsal;</li> <li>• Quando em decúbito dorsal coloca os pés na boca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É capaz de agarrar voluntariamente objectos;</li> <li>• Usa preensão palmar e é ambidestra;</li> <li>• Brinca com os dedos;</li> <li>• Leva os objectos directamente para a boca;</li> <li>• Pode segurar um cubo enquanto observa um outro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persegue visualmente um objecto que caiu;</li> <li>• É capaz de inspeccionar um objecto visualmente;</li> <li>• Pode localizar os sons emitidos abaixo do ouvido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grita;</li> <li>• Emite sons murmurantes vocais, misturados com sons de consoante, por ex.: "ah-goo".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório- motora -estádio II, (reações circulares primárias) e estágio III, (reações circulares secundárias);</li> <li>• Sorri para a sua imagem no espelho;</li> <li>• Segura o seio ou o biberão com ambas as mãos;</li> <li>• Brinca entusiasmada mas pode apresentar oscilações do humor rápidas;</li> <li>• É capaz de distinguir entre pessoas estranhas e familiares;</li> <li>• Vocaliza a insatisfação quando um objecto lhe é retirado das mãos;</li> <li>• Descobre partes do corpo.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de crescimento pode começar a diminuir;</li> <li>Ganho de peso de 90 a 150g por semana durante os próximos 6 meses;</li> <li>Ganho de 1,25 cm mensais em altura nos próximos 6 meses;</li> <li>A dentição pode começar com a erupção dos dois incisivos centrais inferiores;</li> <li>Ocorrem a mastigação e a mordedura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando em decúbito ventral pode levantar o tórax e a parte superior do abdómen da mesa, sustentando o peso sobre as mãos;</li> <li>Quando prestes a ser puxada para a posição sentada, levanta a cabeça;</li> <li>Mantém-se sentado na cadeira de refeição com as costas rectas;</li> <li>Rola do decúbito ventral para o decúbito dorsal;</li> <li>Quando mantida na posição de pé, é capaz de sustentar a quase totalidade do peso;</li> <li>Habilidade manual ausente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pega no objecto que caiu;</li> <li>Larga um objecto quando lhe é dado para a s mãos um igual;</li> <li>Agarra e manipula pequenos objectos;</li> <li>Segura o biberão;</li> <li>Agarra os pés e puxa-os para a boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajusta a sua postura para poder observar um objecto;</li> <li>Prefere estímulos visuais complexos;</li> <li>Pode localizar sons emitidos acima do ouvido; voltará a cabeça para o lado e, em seguida, olhará para cima e para baixo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Começa a imitar os sons;</li> <li>Balbucios, semelhantes a palavras de uma sílaba- "ma, um, da, di, bi...";</li> <li>Vocaliza para os brinquedos, imagens, espelho;</li> <li>Tem prazer em ouvir os próprios sons (auto-reforço).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está na fase sensório- motora -estádio II, (reações circulares primárias) e estágio III, (reações circulares secundárias);</li> <li>Reconhece os pais; começa a temer as pessoas estranhas;</li> <li>Estica os braços para que lhe peguem ao colo;</li> <li>Apresenta gostos e aversões definidas;</li> <li>Começa a imitar: tosse, protusão da língua;</li> <li>Excita-se ao ouvir passos;</li> <li>Ri quando lhe escondem a cabeça com uma peça de roupa;</li> <li>Procura, por pouco tempo, um objecto que caiu (início da noção de permanência do objecto);;</li> <li>Apresenta oscilações frequentes de humor: do choro para o riso sem nenhuma razão.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erupção dos incisivos centrais inferiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando em decúbito dorsal, eleva espontaneamente a cabeça para fora da mesa;</li> <li>Senta, inclinando-se para diante sobre ambas as mãos;</li> <li>Quando em decúbito ventral, sustenta o peso sobre uma das mãos;</li> <li>Senta-se erecta momentaneamente;</li> <li>Sustenta a totalidade do peso sobre os pés;</li> <li>Quando mantida na posição de pé, pula activamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transfere objectos de uma das mãos para a outra;</li> <li>Apresenta preensão uni-destrá;</li> <li>Segura dois objectos iguais durante uns momentos;</li> <li>Bate com os objectos na mesa;</li> <li>Procura objectos pequenos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode fixar objectos muito pequenos;</li> <li>Responde ao próprio nome;</li> <li>Localiza o som ao virar a cabeça de um lado para o outro;</li> <li>Começa a ter noção de profundidade e de espaço;</li> <li>Tem preferência de paladar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produz sons locais e sílabas ligadas: baba, dada;</li> <li>Vocaliza quatro sons vocais distintos;</li> <li>Emite sons quando as pessoas estão a conversar ao seu redor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está na fase sensório-motora -estádio II, (reações circulares primárias) e estágio III, (reações circulares secundárias);</li> <li>Crescente temor de estranhos: mostra sinais de medo quando a mãe desaparece;</li> <li>Emite gestos e ruídos simples;</li> <li>Tenta chamar a atenção ao tossir ou roncar;</li> <li>Brinca às escondidas;</li> <li>Demonstra que não gosta de alguns alimentos mantendo os lábios cerrados;</li> <li>Exibe agressividade oral por mordedura;</li> <li>Espera que haja resposta ao seu estímulo.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Começa a apresentar padrões regulares de eliminação vesical e intestinal;</li> <li>• Surge o reflexo de pára-quadras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senta-se de modo equilibrado sem apoio;</li> <li>• Sustenta prontamente o peso sobre as pernas quando apoiada; pode ficar em pé ao segurar-se à mobília;</li> <li>• Assume a postura necessária para chegar a um objecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Começa a preensão com os dedos, usando o indicador, o quarto e o quinto dedos contra a parte inferior do polegar;</li> <li>• Solta os objectos por vontade própria;</li> <li>• Mantém dois cubos na mão enquanto olha para um terceiro;</li> <li>• Segura um objecto, puxando-o por uma corrente;</li> <li>• Procura persistentemente brinquedos que estejam fora do seu alcance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita sons de consoantes: «t, d, b»;</li> <li>• Escuta selectivamente as palavras familiares;</li> <li>• Tem fácies expressivo de acordo com os seus sentimentos;</li> <li>• Combina sílabas como "dada", mas não atribui significado a elas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade crescente relativamente à perda dos pais, principalmente da mãe e, medo de estranhos;</li> <li>• Responde à palavra não;</li> <li>• Não gosta de se vestir nem de trocar as fraldas.</li> </ul>



## UCSP BURACA

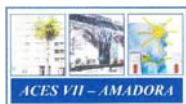
Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode começar a erupção dos incisivos centrais superiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gatinha sobre as mãos e os joelhos;</li> <li>Senta-se, com equilíbrio, no chão por um período prolongado (~ 10min);</li> <li>Recupera o equilíbrio quando se inclina para a frente, mas não consegue fazer o mesmo quando se inclina para os lados;</li> <li>Segura-se aos móveis e puxa-se para a posição de pé que mantém, enquanto se segura à mobília;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliza o polegar e o indicador na preensão rudimentar com os dedos;</li> <li>Está evidenciada a preferência do uso de uma das mãos;</li> <li>Agarra, agora o terceiro cubo;</li> <li>Compara dois cubos ao colocá-los juntos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localiza sons, vira a cabeça na diagonal e directamente no sentido da sua origem;</li> <li>A percepção de profundidade está a aumentar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responde a comandos verbais simples;</li> <li>Compreende "não, não"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está na fase sensório- motora -estádio IV (coordenação dos esquemas secundários e suas aplicações a novas situações);</li> <li>Pai/mãe é cada vez mais importante para o amor-próprio da criança;</li> <li>Mostra crescente interesse em agradar aos pais;</li> <li>Começa a mostrar medo de ir para a cama e ficar sozinha;</li> <li>Coloca as mãos diante da face para evitar que esta seja lavada.</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando o lactente está em decúbito ventral ou dorsal, ele é capaz de levantar a cabeça.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode mudar do decúbito ventral para a posição sentada;</li> <li>Mantém-se de pé seguro aos móveis, para se sentar, cai;</li> <li>Recupera o equilíbrio com facilidade enquanto está sentada; enquanto está em pé, levanta um pé para dar um passo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Começa a conseguir largar os objectos;</li> <li>É capaz de agarrar um sino pelo cabo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diz papá e mamã com significado e compreende a palavra "tchau"; consegue dizer "olá", "tchau", "não".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está na fase sensório- motora -estádio IV (coordenação dos esquemas secundários e suas aplicações a novas situações);</li> <li>Inibe o comportamento perante um "não, não";</li> <li>Imita expressões faciais, faz "adeus";</li> <li>Oferece o brinquedo a outra pessoa mas não o solta;</li> <li>Desenvolve a noção de permanência do objecto;</li> <li>Repete acções que chamem a atenção e provoquem riso; coloca as roupas de outra pessoa para chamar a atenção;</li> <li>Participa em brincadeiras interactivas como as escondidas;</li> <li>Reage à raiva do adulto, chora quando ralham consigo;</li> <li>Demonstra impaciência ao vestir-se, alimentar-se, ao fazer habilidades de locomoção e experimentação dos pais;</li> <li>Olha e acompanha as figuras de um livro.</li> </ul>

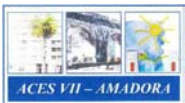
Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode começar a erupção dos incisivos inferiores laterais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando está sentada ensaia virar-se de costas e apanhar um objecto;</li> <li>• Caminha ou impulsiona-se segurando-se à mobília ou com ambas as mãos dadas a um adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora os objectos de maneira mais complexa: observa o que está no seu interior;</li> <li>• Apresenta preensão digital bem elaborada;</li> <li>• Deixa cair o objecto deliberadamente para que alguém apanhe;</li> <li>• Coloca um objecto após o outro dentro de um recipiente;</li> <li>• É capaz de remover um objecto de um encaixe firme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita sons, constituído palavras bem definidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório- motora -estádio IV (coordenação dos esquemas secundários e suas aplicações a novas situações);</li> <li>• Expressa muita alegria e satisfação quando domina uma tarefa;</li> <li>• Reage às restrições com frustração;</li> <li>• É capaz de enviar a bola, a rolar, para outra pessoa, quando solicitada;</li> <li>• É capaz de prever a expressão facial de alguém que está a contar uma história infantil (por ex.: segura os dedos das mãos e dos pés em resposta a uma história;</li> <li>• Brinca às escondidas;</li> <li>• Balança a cabeça lateralmente para dizer "não".</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso de nascimento triplica;</li> <li>• A estatura de nascimento aumenta em 50%;</li> <li>• O perímetro cefálico e o torácico igualam-se;</li> <li>• Apresenta um total de 6 a 8 dentes caducos;</li> <li>• A fontanela anterior está quase fechada;</li> <li>• Reflexo de Babinski desaparece;</li> <li>• A curvatura lombar desenvolve-se, lordose evidente durante a deambulação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminha com uma das mãos seguras e gatinha bem;</li> <li>• Pode tentar ficar de pé sozinha por um momento, pode tentar dar o primeiro passo sozinha;</li> <li>• Pode sentar-se a partir da posição de pé sem ajuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É capaz de colocar um cubo dentro de um copo;</li> <li>• Tenta construir uma torre com dois cubos e colocar uma bola dentro de uma garrafa de embocadura estreita, mas, falha;</li> <li>• Pode virar páginas de um livro, mas muitas de uma só vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrimina formas geométricas simples, um círculo por ex.;</li> <li>• A ambliopia pode desenvolver-se com a falta de visão binocular;</li> <li>• Pode seguir objectos em movimento rápido;</li> <li>• Controlo e ajuste em resposta: ouve o som para a repetição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz 3 a 5 palavras além de "papá e mamã"; compreende o significado de diversas palavras (a compreensão precede sempre a verbalização);</li> <li>• Reconhece objectos pelo nome; imita sons de animais;</li> <li>• Compreende comandos verbais simples: "dá cá", mostra as tuas mãos".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório- motora -estádio IV (coordenação dos esquemas secundários e suas aplicações a novas situações) e estágio V (reações circulares terciárias);</li> <li>• Mostra emoções como ciúme, afeição (pode dar um abraço de solicitado), raiva, medo;</li> <li>• Gosta de ambientes familiares e explora longe dos pais;</li> <li>• Fica com medo em situações estranhas e agarra-se aos pais;</li> <li>• Pode desenvolver o hábito do cobertor ou brinquedo de "segurança";</li> <li>• Tem crescente determinação para praticar as habilidades locomotoras;</li> <li>• Procura um objecto escondido mas só no local onde o viu pela última vez.</li> </ul>

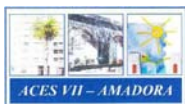
Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento contínuo na altura e no peso: 78,7cm de altura e cerca de 11Kg de peso</li> <li>• Perímetro cefálico com cerca de 48cm;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminha sem auxílio, normalmente desde os 13 meses de idade;</li> <li>• Arrasta-se em escadas, ajoelha-se sem apoio;</li> <li>• Não consegue andar em superfícies estreitas ou pára subitamente sem perder o equilíbrio;</li> <li>• Fica de pé sem apoio;</li> <li>• Não consegue arremessar bolas sem cair.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atira constantemente os objectos ao chão;</li> <li>• Constrói torre com dois cubos;</li> <li>• Segura dois cubos em uma das mãos;</li> <li>• Coloca uma pequena bola dentro de uma garrafa com abertura estreita;</li> <li>• Rabisca espontaneamente;</li> <li>• No desenho, faz traços imitativos;</li> <li>• Maneja a colher sem a girar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A criança é capaz de identificar formas geométricas, coloca objectos arredondados nos orifícios apropriados;</li> <li>• A visão binocular está já bem desenvolvida;</li> <li>• Demonstra intenso interesse por figuras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza entoação no que diz;</li> <li>• Diz 4 a 6 palavras, incluindo nomes;</li> <li>• Aponta o objecto que quer;</li> <li>• Compreende ordens simples;</li> <li>• Pode gesticular a palavra "não" com a cabeça e mãos.</li> <li>• Utiliza o "não" mesmo quando concorda com a solicitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora - estágio V (reações circulares terciárias);</li> <li>• Tolerar alguma separação dos pais;</li> <li>• Já teme menos os estranhos;</li> <li>• Começa a imitar as actividades dos pais: quer limpar a casa;</li> <li>• Pode rejeitar o biberão;</li> <li>• Utiliza a colher, rodando-a junto à boca;</li> <li>• Beija e acaricia os pais e pode beijar figuras num livro;</li> <li>• Expressa emoções e faz "birras".</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesta fase a criança pode apresentar anorexia fisiológica por redução das necessidades para o crescimento;</li> <li>• Fontanela anterior está fechada;</li> <li>• É já fisiologicamente capaz de controlar os esfíncteres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corre de modo desajeitado e cai com frequência;</li> <li>• Sobe escadas se seguro por uma das mãos;</li> <li>• Empurra e puxa os brinquedos;</li> <li>• Salta com ambos os pés;</li> <li>• Senta-se numa cadeira;</li> <li>• É capaz de arremessar uma bola sem cair.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói uma torre com 3 a 4 cubos;</li> <li>• Apresenta bem desenvolvido a preensão, a libertação e o alcançar dos objectos;</li> <li>• Vira duas a três páginas de um livro ao mesmo tempo.</li> <li>• Desenha traços por imitação;</li> <li>• Usa a colher sem a girar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz 10 ou mais palavras;</li> <li>• Aponta para um objecto comum e para 2 ou 3 partes do corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório-motora - estágio V (reações circulares terciárias);</li> <li>• É um grande imitador;</li> <li>• É já capaz de tirar luvas, meias e abrir o fecho da roupa;</li> <li>• As "birras" podem tornar-se mais evidentes;</li> <li>• Começa a consciência da propriedade: "é meu!";</li> <li>• Pode desenvolver dependência por objectos de transição (cobertor);</li> </ul>



## UCSP BURACA

Idade (meses)	Físico	Motor Grosso	Motor Fino	Sensorial	Vocalização	Socialização/Cognição
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico mede de 49 a 50cm, sendo excedido pelo perímetro torácico;</li> <li>• O diâmetro lateral do tórax excede o antero-posterior;</li> <li>• Ganho de peso normal de 1,8 a 2,7kg e de altura cerca de 10 a 12,5cm; a altura do adulto é aproximadamente o dobro da que se tem aos 2 anos de idade;</li> <li>• Pode já começar a conseguir controlar a bexiga e o intestino durante o dia;</li> <li>• Dentição primária de 16 dentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobe e desce escadas sozinho, com os dois pés em cada degrau;</li> <li>• Corre com bastante habilidade e muito equilíbrio;</li> <li>• Apanha um objecto do chão sem cair;</li> <li>• É capaz de chutar a bola sem se equilibrar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue construir uma torre de 6 a 7 cubos e consegue alinhar 2 ou mais como se fosse um comboio;</li> <li>• É capaz de desfolhar um livro, página por página;</li> <li>• Imita traços verticais e circulares num desenho;</li> <li>• É capaz de girar a maçaneta da porta e de desenroscar uma tampa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A acomodação visual está bem desenvolvida;</li> <li>• Na discriminação geométrica é capaz de inserir um cubo num espaço rectangular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui vocabulário de aproximadamente 300 palavras, utilizando frases de 2 e 3 palavras;</li> <li>• Utiliza com frequência pronomes como "eu, meu, seu";</li> <li>• Compreende ordens direccionais;</li> <li>• Diz o primeiro nome, refere-se a si próprio pelo seu nome;</li> <li>• Verbaliza a necessidade de ir ao W.C., de comer e beber;</li> <li>• Conversa de maneira incessante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está na fase sensório- motora - estágio VI (invenção de novos meios através das combinações mentais) e início da fase pré- operacional - 1ª fase (fase pré- conceptual);</li> <li>• Estádio da brincadeira em paralelo; a sua capacidade de atenção é reduzida;</li> <li>• As "birras" diminuem;</li> <li>• Puxam as pessoas para lhes mostrar algo;</li> <li>• Verifica-se um aumento de independência em relação aos pais;</li> <li>• Veste roupas simples.</li> </ul>

Fonte: Adaptado Wong (1999), pp. 266-271; 328-329.



## 5.2. Acolhimento da Criança e Família

O acolhimento é uma parte muito importante da consulta de Enfermagem, é a fase da interacção em que se tenta estabelecer uma relação empática com o interlocutor, fazendo com que este sinta que alguém está interessado em si e disposto a ajudá-lo. Tenta-se conquistar a confiança do utente para que este volte sempre à consulta e continue a recorrer ao enfermeiro sempre que necessite.

Assim sendo, segundo Hesbeen, 2000 (p. 137), ser acolhido é:

- Ser esperado com vista a realizar alguma coisa;
- Beneficiar de um sorriso;
- Captar o calor humano;
- Beneficiar de uma acção personalizada em que o nome das pessoas acolhidas é utilizado;
- Ser apresentado aos outros membros da equipa;
- Perceber disponibilidade em termos de momento, de lugar e de pessoas;
- Ser ajudado a descobrir e aprender a conhecer o meio, nomeadamente em termos de locais, de organização, de função dos outros serviços...
- Recorrer a uma pessoa que é a referência;
- Ter a oportunidade de exprimir as suas expectativas, preocupações e dificuldades.

## 5.3 Observação/ Exame Físico

A observação do lactente e da criança pequena, deve iniciar-se pelo estabelecimento de uma relação com esta e seus pais (Oski [et al.], 1992).

Segundo Wong, 1999, o exame ou observação física, deve seguir uma sequência cefalo-caudal sendo, a principal função desta conduta, orientar a avaliação de modo a evitar omissões ao longo do exame. Oski [et al.], 1992, acrescenta que a ordem deve, no entanto, ajustar-se à criança e circunstâncias. É prudente não efectuar movimentos bruscos e, contemplar em primeiro lugar, as áreas que envolvem cooperação da criança: os procedimentos desagradáveis



## UCSP BURACA

devem ser deixados para o final, sendo primeiramente, explicados aos pais/criança (de acordo com a idade desta).

A relação estabelecida e o comportamento do enfermeiro, deve variar de acordo com a idade da criança: um lactente com 4 meses de idade ainda não compreende o que se passa durante a observação física mas, a um infante de 18 ou 24 meses já é conveniente fazer alguma preparação antes de se proceder ao exame, desde explicar-lhe de forma simples, como deixá-lo mexer nos instrumentos a serem utilizados ou, avaliar o perímetro cefálico da mãe antes de avaliar o seu...

Durante a observação física podem ser obtidas informações que completem a anamnese e, também, pode ser a altura ideal para realizar educação para a saúde, tendo a criança como sujeito desta. Ver tabela seguinte.

Tabela n.º3 - Condutas para realização da observação física consoante a idade.

Posição	Sequência	Preparação
<p><b>Lactente</b></p> <p>Antes de sentar-se sozinho: em decúbito dorsal ou ventral, preferencialmente ao colo do cuidador;</p> <p>Antes dos 4 - 6 meses pode ser colocado na mesa de exame, neste caso colocar o cuidador com total visibilidade sobre a criança.</p> <p>Após sentar-se sozinho: sentado no colo do cuidador sempre que possível.</p>	<p>Avaliar frequência cardíaca e respiratória;</p> <p>Efectuar palpação;</p> <p>Prosseguir na sequência cefalocaudal ;</p> <p>Deixar procedimentos traumáticos para o final (boca);</p> <p>Testar reflexos de acordo com a parte do corpo examinada, deixando o reflexo de Moro para último.</p>	<p>Despir totalmente se a temperatura ambiente o permitir;</p> <p>Deixar a fralda;</p> <p>Obter cooperação com distração, objectos brilhantes, chocalhos, conversa;</p> <p>Sorrir, usar voz suave e calma;</p> <p>Acalmar com alimentação ou biberão de água;</p> <p>Solicitar auxílio do acompanhante;</p> <p>Evitar movimentos súbitos ou abruptos.</p>
<p><b>Infante</b></p> <p>Sentado no colo do cuidador ou de pé ao seu lado; criança em decúbito ventral ou dorsal ao colo do cuidador.</p>	<p>Inspeccionar o corpo através de brincadeira (contar os dedos, fazer cócegas);</p> <p>Usar contacto físico mínimo inicialmente;</p> <p>Apresentar o equipamento lentamente;</p> <p>Palpar e avaliar valores fisiológicos quando a criança estiver calma;</p> <p>Realizar procedimentos desagradáveis no final.</p>	<p>Pedir ao acompanhante para remover a roupa, deixando a interior;</p> <p>Remover roupa interior de acordo com a área do corpo a observar;</p> <p>Permitir que a criança mexa no equipamento;</p> <p>Se não houver cooperação da criança, realizar procedimentos rapidamente;</p> <p>Solicitar ajuda aos pais, usar contenção se necessário;</p> <p>Conversar com a criança usando frases curtas;</p> <p>Elogiar o comportamento cooperativo.</p>

Fonte: Adaptado de Wong (1999), p. 120



## Medidas de Crescimento

A medida de crescimento físico nas crianças é um elemento fundamental na avaliação do seu estado de saúde, pois reflectem o seu estado nutricional, presença de doença como, por exemplo, mal absorção, doença crónica, privação psicossocial ou distúrbios hormonais (Oski [et al.], 1992).

Os parâmetros de crescimento incluem o peso, a estatura, a espessura da prega cutânea, perímetro braquial e o perímetro cefálico. Comumente a avaliação da prega cutânea e do perímetro braquial não é efectuada nos Centros de Saúde.

As medidas são registadas em gráficos onde constam os valores da população geral: **Percentis** (indica a posição que uma criança ocupa em relação a uma dada medição numa série típica de 100); sendo com estes comparadas e determinado o percentil em que a criança se encontra (Wong, 1999). No Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e na Ficha Clínica de Saúde Infantil pode encontrar-se os gráficos de percentis relativos ao peso, estatura e perímetro cefálico. Estes consideram como limites, os percentis 5 e 95, para determinar se a criança se encontra dentro do esperado para a idade. De um modo geral, aquelas cujo peso, estatura se encontra abaixo do percentil 5, são consideradas baixo peso ou estatura; aquelas cujas medidas ultrapassam o percentil 95, são consideradas acima do peso ou de grande estatura. Estas crianças devem ser alvo de maior vigilância (Wong, 1999). As mudanças são menos significativas entre os percentis 25 e 75.

As curvas obtidas são fundamentais, quando falamos em avaliação de crescimento. É de saber que as mais importantes e significativas mudanças são as mudanças bruscas dessas curvas, do que os valores absolutos de peso, altura e perímetro cefálico.

A relação peso / altura pode ser particularmente significativa para avaliar o estado de nutrição. Os dados só são significativo se associados com toda a história clínica da criança.

Mais que o valor numérico a **curva ponderal** indica a evolução do desenvolvimento da criança, assim: uma **curva estacionária** pode ser indicativa de fome, mau aproveitamento, pequenas perdas, traumatismo psicológico; uma **curva descendente** pode indicar fome, perdas grandes por vômitos, diarreia, suor, doenças metabólicas; uma **curva ascendente gradual** é



## UCSP BURACA

indicativa de bom estado de saúde, com um aumento, geralmente, de 20 a 30 gr por dias; uma **curva ascendente rápida**, pode ser indicativa de retenção de líquidos, infusão de líquidos em grande quantidade, o aumento pode ser de mais de 70 gr.

Devemos ter em conta que, o tamanho pequeno, ou grande é genético, pelo que, a comparação das tendências de crescimento das crianças com as de seus pais, pode ser essencial para uma avaliação adequada (Wong, 1999).

Segundo Wong, 1999, entre as crianças cujo crescimento pode ser questionável estão as seguintes:

- Crianças cujos percentis de peso e estatura são muito diferentes: por exemplo, altura no percentil 10 e peso no 90;
- Crianças que não mostram as taxas de crescimento esperadas em estatura e peso, principalmente durante os períodos de crescimento rápido da lactância e adolescência;
- Crianças que apresentam um súbito aumento, excepto durante a puberdade, ou diminuição de um padrão de crescimento previamente constante.

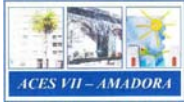
**Tabela n.º 4 - Velocidade de Crescimento esperada em várias idades**

Idade	Velocidade esperada de crescimento (cm/ano)
1 - 6 meses	18 - 22
6 - 12 meses	14 - 18
2º ano	11
3º ano	8

Fonte: Adaptado Wong (1999) p. 122

## ESTATURA/COMPRIMENTO

Até aos 24 meses, é avaliado o comprimento da criança. A criança é colocada em decúbito dorsal, com o corpo estendido, cabeça alinhada com a linha média, joelhos unidos e deflectidos, de modo a que os membros inferiores fiquem planos em relação à marquês. A



## UCSP BURACA

régua de medida deve ficar com as suas extremidades respectivamente nos calcâneos e na área mais saliente da cabeça (coroa) (Wong, 1999).

A partir desta idade, já se avalia a estatura/altura, estando a criança de pé, sem sapatos, numa posição erecta, mantendo a cabeça alinhada com a linha média do corpo e o angulo de visão paralelo ao chão. A região dorsal do infante deve estar recto, tocando na superfície do instrumento de medida, assim como os ombros, nádegas e calcâneos. Os malélos devem tocar-se, se possível. (Wong, 1999).

## PESO

O peso é avaliado em balanças de tamanho apropriado e calibradas (Wong, 1999). Actualmente já se encontram em alguns Centros de Saúde, balanças electrónicos.

A avaliação do peso deve ser realizada numa sala termicamente confortável e que permita privacidade. A criança deve ser pesada sem roupa ou, sempre com as mesmas peças (fralda seca e camisa interior). Neste caso deve ser registado o peso e referido que peças estavam presentes aquando da avaliação: roupa, tala, prótese... de que a criança seja portadora (Wong, 1999).

Um peso e estatura reduzida podem revelar situações às quais se deve estar atento, como foi anteriormente referido. Nos estados de desnutrição, o peso é inferior ao comprimento, o perímetro cefálico permanece dentro do esperado, a não ser que a causa seja uma doença grave ou persistente. O excesso de peso é, frequentemente de origem exógena e acompanhado de aumento da estatura, até ao encerramento epifisiário. O excesso de peso resultante de distúrbios endócrinos é acompanhado de redução do crescimento linear (Oski [et al.], 1992).

## PERÍMETRO CEFÁLICO

O perímetro cefálico deve ser avaliado até aos 36 meses de idade e em qualquer criança cujo tamanho da cabeça seja questionável (Wong, 1999).

Nos primeiros 6 meses de vida, o perímetro cefálico deve aumentar cerca de **1.5 cm/mês**, aos 12 meses deverá medir cerca de **46,5 cm** e ser igual ao perímetro torácico; aos 15 meses deverá medir **48 cm**, aproximadamente e, aos 24 meses **49 a 50 cm**. Valores visivelmente abaixo ou acima dos acima mencionados, constituem sinal de alerta uma vez que, podem revelar desnutrição grave, micro ou hidrocefalia, doença grave ou persistente.

A avaliação do perímetro cefálico deve ser efectuada com fita métrica de tecido ou de outro material que não distenda. A fita deve ser colocada ligeiramente acima das (sobrancelhas) e pavilhões auriculares e, ao redor da proeminência occipital, na face posterior da cabeça, atendendo sempre ao maior perímetro da cabeça (Wong, 1999).

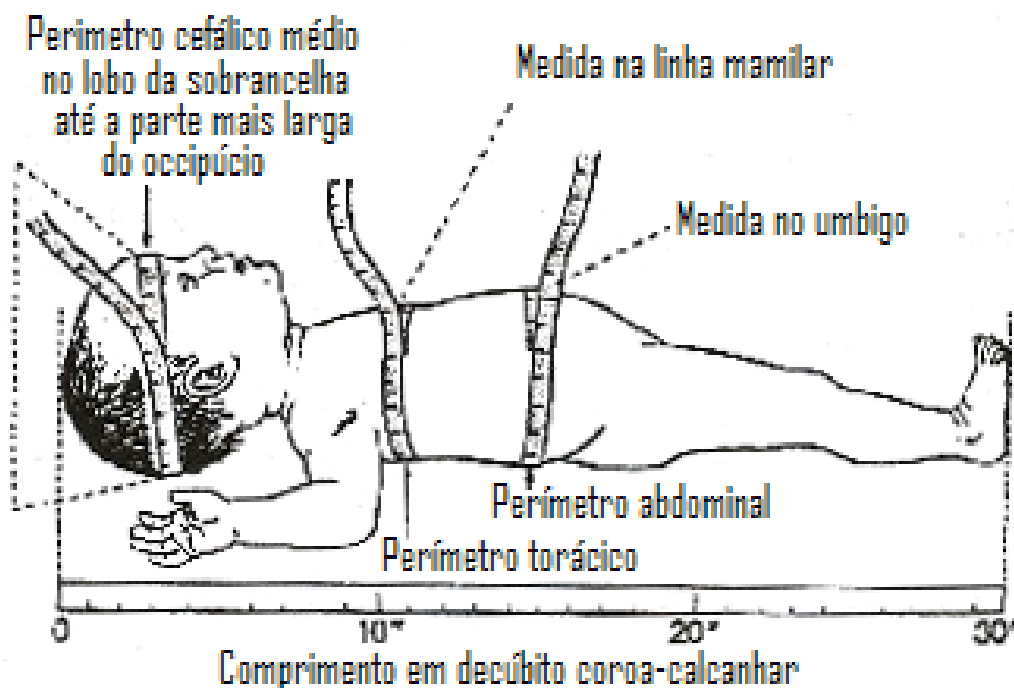


Figura 1: Avaliação comprimento, perímetro cefálico, torácico e abdominal



## MEDIDAS FISIOLÓGICAS

As medidas fisiológicas incluem a **temperatura, o pulso, a frequência respiratória e a pressão arterial** (Wong, 1999). (Anexo B)

A **temperatura** de um lactente pode ser avaliada através da introdução do termómetro no recto durante aproximadamente 4 minutos, na axila durante cerca de 5 minutos; nos mais velhos (5 - 6 anos) o termómetro pode ser colocado na boca por cerca de 7 minutos. Actualmente pode-se recorrer à utilização de termómetros electrónicos timpânicos, demorando apenas alguns segundos para avaliar a temperatura (Wong, 1999).

A temperatura corporal normal é de cerca de 37°C (via oral), a temperatura rectal seria 2,6°C mais elevada e a axilar 2,6°C mais baixa, no entanto foi demonstrado que esta diferença é consideravelmente menor, pelo que, é importante anotar a via pela qual a temperatura foi avaliada (Wong, 1999).

Pelo que foi anteriormente referido é de alertar os pais para que se a criança ter 38°C de temperatura é considerado febre. No entanto, é necessário atender ao local onde esta é avaliada: se for axilar considera-se 38°C febre, se for rectal considera-se febre aos 38,5°C.

A temperatura pode apresentar-se elevada como consequência de infecção, excitação, ansiedade, exercício, hipertiroidismo, nas doenças vasculares do colagénio ou nos tumores. Ocorre diminuição da temperatura durante a fase do calafrio, choque, hipotiroidismo ou na inactividade, devido à ingestão de certos medicamentos, no hipocortisolismo ou nas infecções devastadoras (Oski [et al.], 1992).

Como consequência de uma hipertermia/febre pode resultar também uma frequência respiratória e cardíaca aumentada.

O **pulso** pode ser palpado e avaliado em vários pontos: temporal, jugular, apical, radial, fémural, etc. É de extrema importância a avaliação e comparação dos pulsos referentes aos membros superiores e inferiores pois, pulsos mais fracos nos membros inferiores em relação aos dos membros superiores, podem ser indicativos de coartação da aorta.



## UCSP BURACA

A **frequência respiratória** avalia-se por observação dos movimentos respiratórios abdominais ou torácicos ou por auscultação. A frequência respiratória normal do recém-nascido é de 30 - 80 cpm; na lactância é de 20 - 40 cpm sendo, na segunda infância entre 15 - 25 cpm. A ansiedade, o exercício, as lesões do sistema nervoso central, as anormalidades metabólicas, a alcalose, os depressores e outros tóxicos diminuem-na (Oski [et al.], 1992).

No que respeita à determinação da **pressão arterial (P.A.)**, deve ser usado um manguito de tamanho adequado, isto é, cuja largura ocupe metade a dois terços do comprimento do braço ou coxa da criança e o comprimento seja suficiente para cobrir o respectivo perímetro, com ou sem sobreposição (Wong, 1999).

Uma pressão sistólica alta, ocorre na excitação, na ansiedade e nos estados hipermetabólicos. Pressões sistólicas e diastólicas elevadas, podem denunciar doenças renais, feocromacitoma, doenças supra - renais, artrite ou, coartação da aorta (Oski [et al.], 1992).

Segundo Wong, 1999, na avaliação e interpretação dos valores de pressão arterial é necessária maior atenção que nos adultos pois:

- Os tamanhos dos membros variam sendo necessário seleccionar o manguito correcto;
- Uma pressão excessiva na fossa anticubital afecta os ruídos de Korotkof;
- As crianças facilmente ficam ansiosas o que, se pode traduzir em valores de P.A. mais elevados.
- Os valores de P.A. variam com a idade e crescimento: crianças da mesma idade mas, maiores, principalmente em termos de altura, possuem valores de P.A. mais elevadas que crianças mais pequenas.

A pressão arterial dos membros inferiores é mais elevada que a dos membros superiores. Esta situação inverte-se na coartação da aorta (Wong, 1999).

**Tabela n.º 5 - Valores normativos da P.A.**

Faixa etária	Média P.A. sistólica/diastólica, mmHg.
Recém - nascido	65/41
1 mês a 2 anos	95/58
2 a 5 anos	101/57

Fonte: Adaptado Wong (1999), p. 129

Procedimentos como a avaliação da frequência respiratória e pressão arterial, devem ser realizadas, respectivamente, antes de outras que impliquem manipulação e, conseqüentemente agitação da criança, o que afectará os seus valores. A criança deve estar calma e relaxada, se possível ao colo da mãe (Wong, 1999).

### ASPECTO GERAL

Da observação do aspecto geral da criança é possível obter, subjectivamente, várias informações como o aspecto físico, estado de nutrição, de higiene, comportamento, personalidade, interacção com o acompanhante, com o enfermeiro, a sua postura, desenvolvimento e linguagem (Wong, 1999).

A observação geral é, geralmente, realizada no início do exame físico mas, aspectos que surgem durante o desenrolar da consulta, devem ser tidos em conta (Wong, 1999).

É importante observar o **fácies**. A face do recém - nascido é inexpressiva e a maxilar inferior pode tremer quando estimulada (Leifer [et al.], 1996). A face pode fornecer indícios de que a criança está com dores, dificuldade respiratória, está assustada, feliz ou infeliz, se está agudamente doente (quando se mantém quieta observando fixamente o espaço) (Oski [et al.], 1992).

Segundo Oski [et al.], 1992, a face pode mostrar-se típica de várias síndromas. Por exemplo, a paralisia cerebral unilateral pode estar associada a cardiopatias congénitas. Em diversas síndromas, incluindo o de Down, são observadas pregas epicânticas.



## UCSP BURACA

Observando a **postura**, o recém - nascido de termo tende a estar deitado, ligeiramente em decúbito lateral e com os membros flectidos e, quando colocado em decúbito dorsal, rola para um dos lados. Em decúbito ventral, mantém os membros flectidos, bacia ligeiramente elevada em relação à superfície onde se encontra. O recém-nascido pré-termo apresenta menor tónus muscular, parecendo "mole", quando suspenso pelo abdómen, os seus membros pendem, flácidos e não se observa extensão do pescoço (Price e Clements, 1998).

Reveste-se de grande importância estar atento e registar qualquer assimetria postural pois, esta pode ocorrer em sequência de assimetria de tónus muscular, como na hemiplegia espástica, ou na fractura do úmero ou da clavícula ou, ainda lesão do plexo braquial (Price e Clements, 1998).

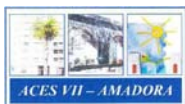
Outro aspecto a considerar na postura é o movimento corporal. Por exemplo, uma criança com diminuição da visão ou da audição pode posicionar-se e inclinar a cabeça numa posição estranha, para ouvir ou ver melhor. A criança com dor pode assumir uma postura defensiva do lado afectado. Resta realçar que a postura pode ser, também, reveladora de auto - estima (Wong, 1999).

Há que observar a criança quanto à **higiene**: a limpeza do corpo e roupas, odor corporal, aspecto dos cabelos, pescoço, unhas, pés e, nos mais velhos, os dentes. Esta observação pode indicar se estamos perante um caso de negligência, recursos financeiros inadequados, habitação precária, défice de conhecimentos relativos aos cuidados com a criança (Wong, 1999).

O comportamento da criança inclui a personalidade, o nível de actividade, a reacção ao stress, às frustrações, à interacção com o outro, o grau de vigília e a resposta a estímulos.

Segundo Wong, 1999, algumas questões que o enfermeiro pode colocar, mentalmente, para se orientar na observação do comportamento da criança são:

- Qual a personalidade geral da criança?
- A criança tem um "longo" período de atenção ou é facilmente distraído?
- A criança é capaz de seguir 2 ou 3 comandos sucessivos sem necessidade de repetição?
- Qual a resposta da criança à demora da gratificação?



## UCSP BURACA

- Qual a reacção da criança ao enfermeiro? E aos familiares?

Na observação do aspecto geral, é importante estar atento a características dismórficas: simetria das estruturas, posição dos pavilhões auriculares, comprimento dos membros, presença de uma prega palmar única (pode sugerir Síndrome de Down ou outra anomalia congénita) (Price e Clements, 1998).

## PELE

Segundo Wong, 1999, a pele é avaliada quanto à coloração, textura, temperatura, humidade e turgor.

Oski [et al.], 1992, refere que a **coloração** considerada normal é derivada da melanina; áreas despigmentadas indicam vitiligo, a ausência de pigmentação ocorre no albinismo. A cianose é causada por insaturação da hemoglobina e por formas anormais desta; a icterícia resulta de um excesso de bilirrubina depositada no tecido adiposo. Esta autora sugere ainda que, é necessário estar atento à presença de nevos e suas características pois, se estes apresentarem áreas de pigmento escuro ou manchas "café - com - leite", pode significar neurofibromatose, A presença de equimoses ou petéquias e cicatrizes podem ser sinais sugestivos de maus tratos.

A **textura** habitual da pele das crianças é lisa, levemente seca, nem oleosa nem viscosa. Deve-se palpar a pele para comparar a temperatura em diferentes partes, principalmente a superior e inferior do corpo (Wong, 1999).

O **turgor** cutâneo é um dos melhores indicativos de hidratação e nutrições adequadas. Apertando a pele do abdómen entre os dedos indicador e polegar, puxando-a e largando-a rapidamente, esta deve voltar de imediato ao normal sem deixar marcas ou pregas residuais (Wong, 1999).

À medida que se observa a pele, pode-se ir observando concomitantemente, as suas estruturas acessórias: cabelos, unhas (Wong, 1999).



## UCSP BURACA

Os **cabelos** devem ser observados quanto à cor, textura, qualidade, distribuição e elasticidade. Normalmente, os cabelos são brilhantes, sedosos, fortes e elásticos (é necessário atender às características raciais). Se os cabelos se apresentarem fibrosos, sem brilho, frágeis e secos e despigmentados pode-se desconfiar de má nutrição. Perda de cabelo num lactente pode significar que ele fica deitado para o mesmo lado durante muito tempo (Wong, 1999).

É também importante observar o **couro cabeludo**, verificar se há lesões, descamação, evidência de infestação por parasitas, sinais de traumatismo ou cicatrizes (Wong, 1999).

As **unhas** das crianças são, normalmente, róseas, convexas, lisas e rígidas mas flexíveis. As bordas devem ser brancas e estender-se sobre os dedos. Em crianças de pele escura, os leitos ungueais são mais pigmentados. Unhas grandes e sujas revelam maus cuidados de higiene (Wong, 1999).

## LINFONODOS

Linfonodos são dilatações normais dos canais linfáticos, distribuindo-se ao longo de todo o corpo, no entanto, apenas alguns são acessíveis à palpação. A palpação deve ser efectuada com a porção distal dos dedos, com um movimento circular suave, ao longo das regiões onde os linfonodos são geralmente detectados.

Os linfonodos têm, normalmente, até um centímetro de diâmetro. Se forem grandes e dolorosos pode significar que estamos perante uma infecção local ou sistémica ou, uma neoplasia maligna (Osiki [et al.], 1992).

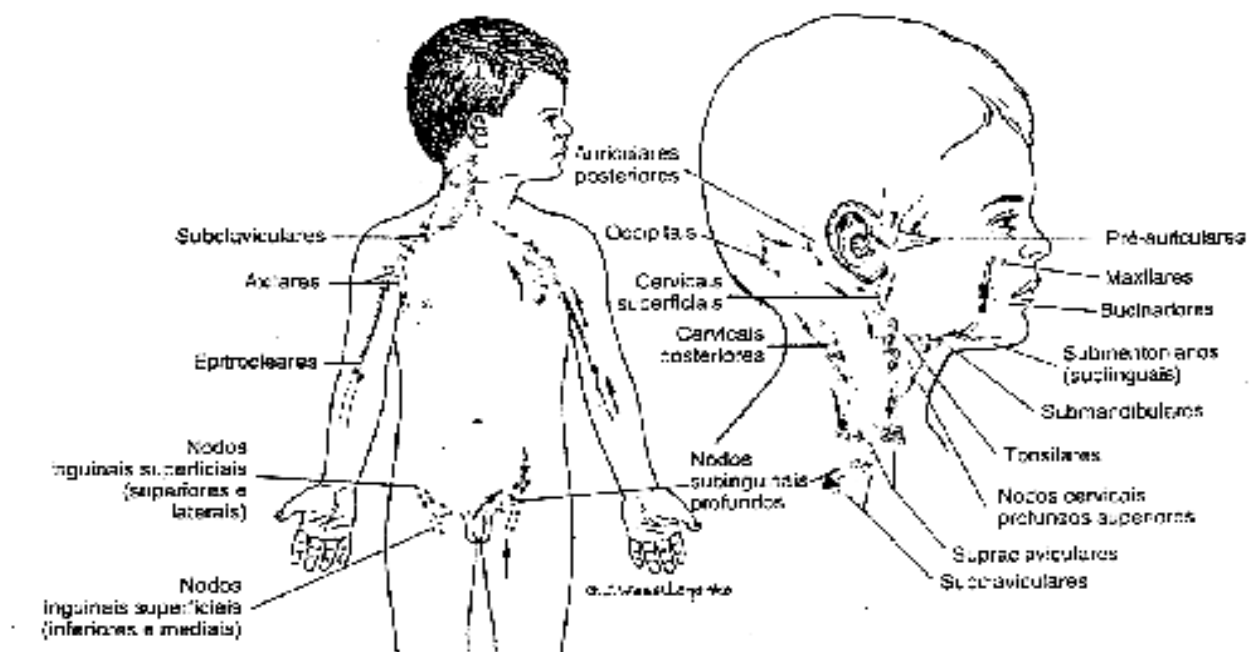


Fig. 7.10 Localização de linfonodos superficiais. As setas indicam a direção do fluxo de linfa.

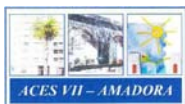
Figura n.º 2: Localização dos Linfonodos

### CABEÇA E PESCOÇO

A **cabeça** deve ser observada quanto à forma e simetria. O achatamento de uma parte da cabeça pode indicar que a criança fica continuamente deitada para o mesmo lado; uma assimetria acentuada é geralmente anormal e pode dever-se a um encerramento precoce das suturas cranianas (craniossinostose) (Wong, 1999).

Uma cabeça grande pode ser associada a hidrocefalia ou presença de massa intracraniana. Uma cabeça pequena pode ser consequência de encerramento precoce das suturas ou ausência de desenvolvimento cerebral (Oski [et al.], 1992).

As fontanelas são geralmente planas. A fontanela posterior fecha por volta dos 2 meses e a anterior em redor dos 12 -18 meses. Estas devem apresentar-se normotensas. Se



## UCSP BURACA

estiverem deprimidas pode ser sinal de desidratação; se se apresentarem abauladas, pode ser indicativo de pressão intracraniana elevada (Oski [et al.], 1992).

O **pescoço** dos lactentes é, geralmente, curto, grosso e com várias pregas cutâneas, vindo, posteriormente a alongar-se. Aos 4 meses de idade a cabeça já deve ser mantida erecta na linha média do corpo, quando o bebé é mantido na vertical (Wong, 1999).

A amplitude de movimentos do pescoço, deve ser também observada: solicitando que a criança olhe em todas as direcções ou, se for mais pequena, terá de ser o enfermeiro a movimentar o pescoço da criança (Wong, 1999).

A amplitude de movimentos limitada pode revelar torcicolo por lesão do músculo esternocleidomastoideu. A hiperextensão da cabeça com dor à flexão é indicação de irritação meníngea: sinal epistótono (Wong, 1999).

Os linfonodos do pescoço devem ser palpados bem como, deve ser feita pesquisa de massas que podem comprometer a permeabilidade das vias aéreas (Oski [et al.], 1992).

## OLHOS

Ao observar os olhos há que ter em atenção as pálpebras: quando os olhos estão abertos, a pálpebra superior deve estar entre a parte superior da íris e o topo da pupila; quando os olhos estão fechados, as pálpebras devem cobrir totalmente a córnea e a esclerótica (Wong, 1999).

As fissuras palpebrais devem ser horizontais. Nos orientais normalmente a sua extremidade externa é ascendente (Wong, 1999).

As conjuntivas devem ser, de um modo geral, róseas e brilhantes. Podem estar presentes estrias verticais de cor amarelada, ao longo da borda das pálpebras, sendo estas glândulas sebáceas. Nos cantos internos das pálpebras superiores e inferiores existem um orifício: ponto lacrimal (Wong, 1999).

As escleróticas devem ser brancas; a córnea deve ser clara e transparente: se forem encontradas opacidade podem ser sinal de fibrose ou ulceração podendo interferir com a visão (Wong, 1999).



## UCSP BURACA

As pupilas devem ser redondas, claras e iguais. Ao se fazer incidir luz sobre estas, elas devem contrair-se e, pelo contrário, dilatar com o afastamento da luminosidade. O mesmo deverá acontecer com a aproximação e afastamento de um objecto: acomodação (Wong, 1999).

No que se refere à íris, a sua cor torna-se constante entre os 6 - 12 meses de idade (Wong, 1999).

No recém - nascido, os movimentos oculares podem não ser coordenados, bem como, o tamanho das pupilas não ser simétrico devido à imaturidade do sistema neuromuscular (Leifer [et al.], 1996).

O edema palpebral é normal no recém - nascido, como resultado do trauma durante o parto ou como reacção à medicação instilada (nitrato de prata) após o nascimento. As secreções oculares são anormais; as lágrimas geralmente estão ausentes durante o choro. Pode ser identificada uma mancha de sangue na conjuntiva que desaparece nas primeiras 6 semanas de vida, não sendo patológica (Leifer [et al.], 1996).

Testar a acuidade visual é de suma importância uma vez que, as perturbações da visão têm implicações profundas nas actividades de vida diárias, educação e nas escolhas profissionais futuras da criança. A maioria dos problemas graves de visão são reconhecidas precocemente no recém-nascido, nas consultas hospitalares de seguimento das crianças de risco ou, são detectadas pelos pais. O período fulcral do desenvolvimento das funções visuais, tem especial significado nos primeiros 3 anos de vida. A detecção precoce pode resultar numa intervenção imediata, reduzindo significativamente as repercussões sobre o desenvolvimento da criança e, pode permitir o despiste de doença sistémica manifestada por perturbações da visão (Cordeiro [et al.], 1990b).

## PAVILHÕES AURICULARES

Os pavilhões auriculares devem estar em cada lado da cabeça e, o seu ponto de inserção superior deve ser alinhado, horizontalmente, com os cantos externos dos olhos.

Um pavilhão auricular de implantação baixa está comumente associado a anomalias renais ou atraso mental (Wong, 1999).

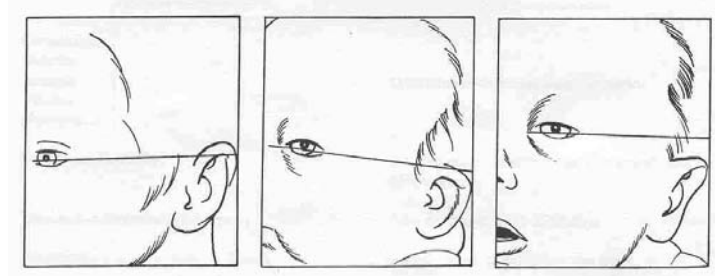


Figura n.º 3: Inserção dos pavilhões auriculares

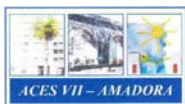
Normalmente, o pavilhão estende-se ligeiramente para fora do crânio. Exceptuando-se o caso dos recém - nascidos, orelhas planas e achatadas em lactentes, pode sugerir que estes permanecem muito tempo na mesma posição. Deve-se observar também, a pele que circunda os pavilhões auriculares: procurar pequenas aberturas, protuberâncias ou excesso de pele. Uma protuberância pode revelar uma fístula que drena para o pescoço ou ouvido. Pregas cutâneas não representam patologia mas, podem ser uma preocupação para os pais. (Wong, 1999).

Avaliar quanto à higiene, à presença de cerúmen ou secreções, que podem evidenciar infecção (Wong, 1999).

É também importante testar a acuidade auditiva pois, tal como as perturbações visuais, perturbações deste sentido pode ter repercussões desagradáveis e nefastas sobre a vida da criança, seu bem - estar emocionais e sua linguagem (Cordeiro [et al.], 1990b).

## NARIZ

Segundo Wong, 1999, o nariz está localizado na linha média da face, logo abaixo dos olhos e acima dos lábios, deve ser simétrico. Observar as asas do nariz e os seus movimentos e dilatação uma vez que estes, podem ser indicativos de dificuldade respiratória. A mucosa



## UCSP BURACA

interna do nariz é, vulgarmente mais vermelha que a mucosa oral. É importante verificar se existem secreções. (Wong, 1999).

### BOCA E OROFARINGE

A observação da boca é uma parte incómoda do exame físico pelo que, deve ser deixado para o fim ou, aproveitar períodos de choro para realizar a observação. (Wong, 1999).

É frequentemente necessária uma espátula para baixar a língua, de modo a permitir a visualização da úvula, orofaringe e amígdalas. A espátula deve ser colocada ao longo da face lateral da língua e não na região central pois, aqui é produzido o reflexo do vômito. (Wong, 1999).

Os **lábios** devem apresentar-se húmidos, macios, lisos e róseos, num tom mais intenso que a pele; devem ser simétricos e o lábio superior deve possuir um freio central.

Na **cavidade oral** tem de se observar a integridade da mucosa oral, também esta deve ser húmida, rósea e íntegra. A presença de exsudados pode indicar infecção por bactérias, vírus ou fungos. A presença de sialorreia após os 2 anos de idade pode sugerir deficiência mental se for crónica ou, se for aguda, pode-se desconfiar epiglotite grave ou ingestão de tóxicos. É também importante inspeccionar o palato quanto à sua integridade para despiste de fenda palatina (na primeira consulta), e verificar a sua forma (deve ser campânula) (Oski [et al.], 1992).

É de registar, também, a **voz** da criança, quer seja a falar ou a chorar. Se ela parecer rouca, deve-se questionar o acompanhante em relação à voz habitual pois, a rouquidão pode evidenciar uma laringite que poderá provocar obstrução das vias aéreas (Oski [et al.], 1992).

Após os 6 - 7 meses começam a surgir os primeiros **dentes**, geralmente os incisivos inferiores, a 1.<sup>a</sup> dentição ou de "leite" completar-se-á por volta dos 2 - 2,5 anos, perfazendo 20 dentes (Wong, 1999).

## UCSP BURACA

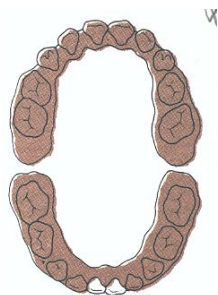


Figura nº4: Dentição provisória

A partir desta fase é então importante incluir, na observação da cavidade oral, o exame aos dentes. Verifica-se o número de dentes em cada arcada dentária, o seu aspecto: alteração da cor e presença de placa esbranquiçada é indicativo de má higiene; manchas castanhas nas fendas das coroas dentárias podem ser cáries; áreas branco - cretáceas, amarelas ou castanhas no esmalte podem ser indicativas de fluorose (excesso de ingestão de flúor). Dentes que apresentem uma coloração preta - esverdeada, pode ser por estarem temporariamente corados pela ingestão de suplementos de ferro (Wong, 1999).

As **gengivas** devem ter um aspecto semelhante à restante mucosa oral, assim como a **língua**. O dorso desta deve ter uma aparência rugosa pela presença de papilas gustativas; a presença e comprimento do freio lingual deve ser observada (Wong, 1999).

## TÓRAX

A caixa torácica é composta por 12 costelas e o esterno. O tamanho do tórax é muitas vezes comparado com o da cabeça. O perímetro torácico excederá o cefálico por volta dos 2 anos de idade, altura em que se torna menos redondo havendo um aumento do diâmetro lateral em relação ao antero - posterior (Wong, 1999).

Deve-se inspeccionar o **tórax** no que se refere ao tamanho, formato, simetria, movimento e desenvolvimento mamário; até aos 5 - 6 anos a respiração é predominantemente abdominal e diafragmática (Wong, 1999).

A posição dos **mamilos** deve ser observada, bem como evidências de desenvolvimento mamário. Usualmente, os mamilos estão localizados paralelamente, entre a 4ª e a 5ª costela;



## UCSP BURACA

as **mamas** apresentam - se, normalmente, hipertrofiadas ao nascimento, regredindo dentro de 6 meses.

### ABDÓMEN

A cavidade abdominal pode ser dividida em quatro quadrantes tendo em conta a linha média entre o esterno e a sínfise púbica e, uma linha horizontal passando pela cicatriz umbilical:

- Hipocôndrios superior direito e esquerdo
- Epigastro
- Flancos direito e esquerdo
- Mesogastro.
- Fossas ilíacas direita e esquerda;
- Hipogastro

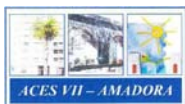
Estas coordenadas facilitam a observação e palpação, bem como os registos.

Observando o abdómen do lactente, este é normalmente cilíndrico e bastante proeminente devido à lordose fisiológica da coluna vertebral quando em posição vertical, apresentando-se aparentemente plano quando em decúbito dorsal.

A presença de uma protusão na linha média, desde o apêndice Xifoide até à cicatriz umbilical ou sínfise púbica significa que estamos perante a diástase dos rectos, isto é, ausência de união dos músculos rectos do abdómen. Numa criança saudável, este aspecto é uma variação do desenvolvimento muscular normal (Wong, 1999).

A **pele** abdominal deve apresentar-se uniformemente tensa, sem rugas ou pregas. Veias superficiais podem ser visíveis em lactentes magros, de pele clara, mas, veias distendidas são um achado anormal (Wong, 1999).

É também relevante observar os **movimentos abdominais**; normalmente estes são sincronizados. Em lactentes ou crianças magras, as ondas peristálticas podem ser visíveis na parede abdominal, se colocarmos a nossa visão ao nível deste (Wong, 1999).



## UCSP BURACA

O **coto/cicatriz umbilical** também deve ser examinada, identificando sinais inflamatórios ou de infecção, sangramento. Na cicatriz umbilical podem ser detectadas anomalias como, por exemplo, **hérnias umbilicais**. Estas devem ser palpadas para determinar o conteúdo abdominal e estimar o tamanho aproximado da abertura (Wong, 1999).

Outra **hérnia** que pode ser encontrada é a **inguinal**, esta é uma protusão do peritoneu através da parede abdominal, no canal inguinal. Esta hérnia é mais frequente no sexo masculino e é, frequentemente, bilateral, podendo ser identificada como uma massa no escroto (Wong, 1999).

Para localizar a **hérnia inguinal**, desliza-se o dedo mínimo pela linha inguinal externa (na base do escroto) e pede-se à criança para tossir, assim a hérnia tornar-se-á mais saliente e facilmente palpável. Se for uma criança mais pequena, faz-se com que ela ria (pois não se consegue fazê-la tossir) para aumentar a pressão intra - abdominal (Wong, 1999).

A **hérnia femural** é outra variável da hérnia abdominal e, surge mais frequentemente nas raparigas, sendo observada como uma massa na superfície anterior da coxa, logo abaixo do ligamento inguinal ou do canal femural (Wong, 1999). Para palpar esta hérnia, coloca-se indicador no pulso femural da criança e o dedo anelar na pele em direcção à linha média: é aqui que se pode encontrar a herniação (esta observação deve ser deixada para a altura do exame genital) (Wong, 1999).

A palpação do abdómen deve ser superficial e profunda, seguindo sempre os quatro quadrantes, no sentido dos ponteiros do relógio. A palpação superficial serve para detectar áreas de dor à palpação, o tónus muscular e lesões superficiais, como por exemplo, quistos. A profunda é usada para palpar órgãos e grandes vasos sanguíneos, massas e dor à palpação não detectada na superficial. O órgão que é mais facilmente detectado pela palpação abdominal é o fígado, encontrando-se, normalmente, 1 a 2 cm abaixo da borda costal direita; para detectar outros órgãos é necessário ter uma prática considerável (Wong, 1999).

Os **pulsos femorais** devem ser palpados simultaneamente para verificar se são iguais e fortes. A ausência destes é sinal indicativo de coartação da aorta (Wong, 1999).

## GENITÁLIA

- **Masculina:**

Observa-se a aparência externa da glândula e do corpo do pênis, o prepúcio, o meato uretral e o escroto.

O **pênis** geralmente é pequeno em lactentes e crianças antes da puberdade. Ele pode mesmo parecer anormalmente pequeno nas crianças obesas, devido às pregas cutâneas circundantes (Wong, 1999).

O **meato uretral** deve ser cuidadosamente inspecionado, no que se refere à localização (despiste de hipospádias ou epispádias) e evidência de corrimento (Wong, 1999). Na altura do nascimento, o prepúcio está frequentemente fundido com as camadas epiteliais da glândula, havendo separação natural em cerca de 50% das crianças até ao 1º ano e, em 90% até aos 4 anos de idade (Price e Clements, 1998).

Faz-se também a observação da localização e tamanho do **escroto**. Estes devem pender livremente do períneo, atrás do pênis. Nos lactentes o escroto é enrugado e parece grande, relativamente à genitália. Deve-se proceder à palpação do escroto para identificar a presença, ou não, dos testículos. Nos recém-nascidos de termo, os testículos estão normalmente descidos. Aquando da palpação do escroto, deve-se evitar provocar o **reflexo cremastérico**, que é estimulado pelo frio, toque, excitação emocional ou exercício. Este reflexo "puxa" o testículo para a cavidade pélvica. O que fazer?

- Aquecer as mãos;
- Colocar a criança em decúbito dorsal, com os membros inferiores ligeiramente afastados e flectidos;
- Bloquear a via normal de ascensão do testículo, exercendo uma ligeira pressão digital na parte superior do escroto e ao longo do canal inguinal (Wong, 1999).

Se os testículos não forem localizados no escroto, estes devem ser procurados ao longo do canal inguinal: identificação de criptorquídia (testículo não descido). Nesta situação, deve-



## UCSP BURACA

se então, tentar empurrá-lo no sentido do escroto (Price e Clements, 1998). Os testículos não descidos podem-se alojar no escroto em qualquer momento durante a segunda infância, no entanto, é importante verificar em todas as consultas e encaminhar para o pediatra (Price e Clements, 1998).

- **Feminina:**

O exame da genitália feminina é limitado à observação e palpação das estruturas externas (Wong, 1999).

A menina deve ser colocada em decúbito dorsal com as plantas dos pés colocadas uma contra a outra, sobre a marquesa ou, em alternativa, no colo da pessoa significativa. Efectua-se retracção dos grandes lábios para expor os pequenos lábios, o meato uretral no clitóris e a abertura vaginal.

O **clitóris** é um pequeno órgão de tecido erétil que pode ser observado na extremidade anterior dos pequenos lábios e é coberto por uma pequena porção de pele: prepúcio. Posteriormente ao clitóris, encontra-se o **meato uretral**, a **abertura vaginal** localiza-se por detrás deste (Wong, 1999).

Os **pequenos lábios** são, geralmente, proeminentes no recém - nascido, sofrendo atrofia gradual, o que os torna quase invisíveis, até ao seu aumento durante a puberdade. Deve-se também observar quanto à presença de secreções (Wong, 1999).

## ÂNUS

O ânus pode ser observado após o exame da genitália. Observa-se a firmeza das nádegas, a simetria das pregas glúteas, o tónus do esfíncter anal e a sua perfuração (Wong, 1999).



## UCSP BURACA

### DORSO E MEMBROS

A nível do **dorso** é observada a curvatura da coluna vertebral. Normalmente, no recém-nascido o dorso é arredondado em forma de C, devido às curvas torácica e pélvica. O desenvolvimento das curvas cervical e lombar aproxima-se do desenvolvimento de várias habilidades motoras como, por exemplo a curvatura cervical e o controlo da cabeça (Wong, 1999).

Curvaturas acentuadas da coluna vertebral são anormais, podendo revelar escoliose, cifose, massas, dor à palpação, limitação dos movimentos, espinha bífida, quistos que podem revelar lesões dorsais, malformações, infecções ou tumores. O dorso deve ser inspeccionado, principalmente ao longo da coluna, pesquisando a presença de tufo de pelos ou ondulações (Wong, 1999). Os tufo de pelos podem ser reveladores de espinha bífida (Price e Clements, 1998).

A mobilidade da coluna é facilmente observável pela tendência da criança para se movimentar durante o exame. O movimento da **coluna cervical** é um importante sinal de diagnóstico de problemas neurológicos, como a meningite. Usualmente, o movimento da cabeça em todas as direcções não requer esforço (Wong, 1999).

No que se refere aos **membros**, tem de se inspeccionar quanto à simetria, o número de dedos nas mãos e pés, estar atento à presença de polidactília (dedos adicionais) ou sindactília (fusão de dedos).

Observar a temperatura e coloração de todos os membros; esta pode variar dos membros superiores para os inferiores, podendo estes estar ligeiramente mais frios; avaliar o pulso radial e comparar com o fémural (Wong, 1999).

Deve-se, também, atender à forma dos ossos. Por exemplo, os membros inferiores podem estar arqueados - **género varo** - quando a criança é colocada de pé, com os malelos juntos havendo afastamento dos joelhos superior a cerca de 5 cm. Este achado é normal nos lactentes quando começam a caminhar, devido ao fraco desenvolvimento da musculatura. (fig. 5) Outra situação é o **joelho valgo**, esta é oposta à anterior, isto é, os joelhos ficam juntos e

os pés afastados até cerca de 7,5 cm. Este género pode estar presente em crianças entre os 2 e os 7 anos de idade (fig. 6) (Wong, 1999).

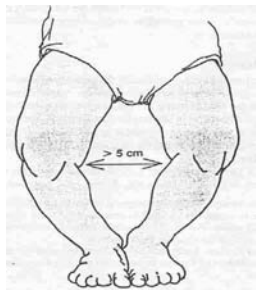


Figura n.º 5: Género Varo

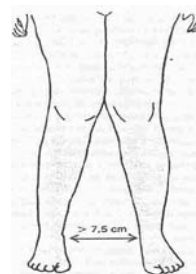


Figura n.º 6: Género Valgo

Posteriormente procede-se à observação da forma e postura dos **pés**, também nestes podemos encontrar o género varo e o valgo. Para verificar se existe deformidade congénita do pé, deve-se arranhar a face externa e, depois a interna da planta do pé. Se a posição do pé for auto - corrigível, este fará um ângulo recto com a perna.

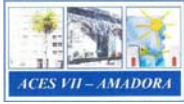
Quando a criança começa a andar, a articulação tíbio-társica tem uma amplitude de menos de 30° para fora e menos de 10° para dentro. Até aos 2 anos, a criança tem uma marcha hesitante ou de base larga, o que facilita a caminhada, uma vez que o seu centro de gravidade é mais baixo que nas crianças mais velhas (Wong, 1999).

Deve-se agora avaliar a **amplitude dos movimentos**, o que não requer nenhum teste específico pois, ao longo do exame vai-se observando a movimentação da criança (Wong, 1999).

A articulação coxa - femoral deve ser rotineiramente pesquisada no lactente, para despiste da luxação congénita da anca: Manobra de Ortolani - Barlow, observação da simetria das pregas inguiniais, o comprimento dos membros (Wong, 1999).

#### **Manobra de Ortolani - Barlow:**

- Segurar a bacia do bebé, colocando uma mão entre a sínfise púbica e o sacro e, com a outra mão, segurar a perna;
- Colocar a articulação coxa - femoral em flexão e abdução e exercer ligeira pressão sobre a cabeça do fémur no sentido posterior;



## UCSP BURACA

Se a articulação for instável e houver luxação, sente-se o fémur a mover-se ligeiramente para a frente e ouve-se um estalido (Price e Clements, 1998).

Se apenas se ouvir o estalido e não se detecta movimentação do colo femural é porque estes estalidos são ligamentares e podem ser ignorados. Se existirem dúvidas, a criança deve ser encaminhada para o pediatra (Price e Clements, 1998).

## MÚSCULOS

Tem de se observar a simetria, o desenvolvimento, a força e o tónus muscular (Wong, 1999).

O tónus e a força podem ser observados pela palpação do músculo relaxado ou em contracção e, pela resistência à tracção dos membros. Por exemplo:

- A criança segura os membros superiores estendidos para a frente e tenta elevá-los enquanto se aplica uma pressão descendente (Wong, 1999).



Tabela n.º 6 - Avaliação dos reflexos no neonato

Reflexos	Procedimento de teste	Reacção esperada	Duração
<b>Piscadela</b>	Aproximar uma luz ou um objecto em direcção à córnea.	A criança pisca os olhos	Toda a vida
<b>Sucção</b>	Colocar o bebé à mama ou com uma chucha na boca.	Fortes movimentos de sucção mesmo quando dorme.	Toda a infância
<b>Busca ou pontos cardinais</b>	Tocar ou encostar o dedo na bochecha da criança ou ao longo da boca.	O neonato gira a cabeça para o lado estimulado e começa a sugar.	Até ao 3 - 4 meses
<b>Extrusão</b>	Tocar ou premir a língua	A criança força a língua para diante	Até aos 4 meses
<b>Preensão Palmar e plantar</b>	Tocar nos pés ou mãos junto à base dos dedos.	Haverá flexão dos dedos e das mãos e pés.	Palmar até 3 meses Plantar até 8 meses
<b>Babinski</b>	Tocar na parte externa da região plantar no sentido superior a partir do calcâneo e, através do arco do pé.	Os dedos do pé sofrem hiperextensão e o polegar dorsiflexão.	Até ao 1º ano
<b>Moro</b>	Mudança súbita do equilíbrio como simular largar a cabeça e dorso do bebé.	Súbita extensão e abdução dos membros e abertura dos dedos em leque, com o polegar e o indicador formando um C; segue-se a flexão e adução dos membros; as pernas podem flexionar-se fracamente e a criança pode chorar.	Até 3 - 4 meses
<b>Tónico assimétrico do pescoço</b>	Girar a cabeça da criança para um lado.	O braço e perna daquele lados sofrem extensão e os do lado oposto ficam flectidos	Até 3 - 4 meses
<b>Marcha automática ou dança</b>	Segurar a criança de modo a que as plantas dos pés toquem uma superfície rígida.	Ocorre flexão e extensão das pernas simulando a deambulação.	Até 3 - 4 meses
<b>Arrastar</b>	Colocar o bebé em decúbito ventral.	O neonato movimenta os braços e pernas para se arrastar.	Até às 6 semanas.

Fonte: Adaptado de Wong (1999), p. 170

#### 5.4 Diagnóstico Precoce: Teste de Gutri

Erros inatos do metabolismo (EIM), constituem grande número de doenças hereditárias causadas pela deficiência ou ausência de uma substância essencial para o metabolismo celular, como uma enzima, por exemplo (Wong, 1999).

Exemplos destes EIM são o hipotireoidismo congénito, a fenilcetenúria e a galactosémia. O primeiro deve-se a um baixo nível da hormona tiroxina (T4) no sangue, bem como a hormona estimuladora da tiroide (TSH). A segunda é uma doença genética com traço autossómico recessivo, sendo causada pela ausência da enzima necessária para metabolizar o aminoácido essencial fenilalanina. Este distúrbio parece ter maior incidência em crianças brancas, originárias dos EUA e da Europa do Norte (Wong, 1999).

Estas doenças provocam desaceleração do desenvolvimento físico e mental. O acúmulo de fenilalanina pode provocar diminuição dos níveis de neurotransmissores como a dopamina e o triptofano., afectando o desenvolvimento cerebral e dos sistema nervoso central. O atraso mental ocorre antes dos metabolitos serem detectados na urina e irá progredir se os níveis de fenilalanina ingeridos não forem diminuídos (Wong, 1999).

Posto isto, facilmente se compreende que o diagnóstico destas situações deve ser efectuado o mais precocemente possível, com a finalidade de corrigir ou diminuir as consequências que daí podem resultar. Assim, a Direcção - Geral de Saúde preconiza que o Diagnóstico precoce seja realizado entre o 3º e o 6º dia de vida da criança por meio de um teste: Teste de Guthrie (exame de inibição bacteriana para pesquisa de fenilalanina no sangue): este consiste na punção do calcâneo do bebé e colheita de sangue em papel absorvente, presente no boletim de identificação da criança, específico para ser enviado para o laboratório do Instituto de Genética Médica, no Porto.

O sangue do bebé deve preencher na totalidade, pelo menos, dois dos quatro círculos constantes no boletim referido. É o centro de saúde que envia a colheita. O laboratório só enviará resposta, caso o resultado do teste seja positivo.



Toda esta informação deve ser explicada aos pais, principalmente a finalidade, os procedimentos e as condições de resposta.

### 5.5. Revisão do Puerpério e Contraceção durante a amamentação

O puerpério é o período durante o qual se processam fenómenos involutivos do pós - parto, durando, em média 6 a 8 semanas (Freitas e Costa, 1990).

No puerpério normal, o útero involui rapidamente: nas 24 horas pós - parto, deve ser palpado a nível da cicatriz umbilical; posteriormente, diminui cerca de 1 cm por dia na sua altura. Os lóquios são inicialmente hemorrágicos, ao 4º dia passam a sero - hemorrágicos e, a partir do 12º dia serão serosos. O cérvix e a genitália externa apresentam-se edemaciados após o parto recuperando rapidamente o seu aspecto habitual, ao fim de 48 horas. Uma semana após o parto a abertura cervical deve já apresentar-se impermeável (Freitas e Costa, 1990).

O retorno da ovulação depende da amamentação, isto é, se a mulher estiver a amamentar, é improvável que ocorra ovulação antes da 20ª semana após o parto; caso contrário, esta poderá dar-se após a 10ª semana (Freitas e Costa, 1990).

Com a baixa dos níveis de estrogénios e progesterona, e aumento de prolactina por volta do 2º dia após o parto, ocorre indução da produção de leite. Os alvéolos mamários distendem podendo haver ingurgitamento mamário em redor do 3º ou 4º dia de amamentação. Em torno do 7º dia de amamentação, o aleitamento materno já estará bem estabelecido (Freitas e Costa, 1990).

Em conclusão, a involução dos órgãos pélvicos para o seu estado pré - gravídico, a chegada do recém - nascido e a instalação da amamentação, caracterizam o puerpério como sendo um período de grandes modificações bio - psico - sociais (Freitas e Costa, 1990).

Outro aspecto a ter em conta nesta fase, é o facto de ser bastante comum que as mulheres possam apresentar uma depressão ao longo dos dias que sucedem ao parto. Esta é a conhecida depressão pós - parto ou "baby - blues", que se deve, provavelmente, tanto a



## UCSP BURACA

factores emocionais como hormonais e que, em geral desaparece, sem maiores consequências (Moore e Hacker, 1994).

Para que a mãe esteja disponível para o seu filho, é necessário que se sintam bem e esteja de boa saúde logo, é importante fazer vigilância dos fenómenos do puerpério.

Na primeira consulta de Enfermagem ao recém - nascido, é recomendado à mãe o uso de um contraceptivo que pode ser de barreira ou oral composto apenas de progesterona não interferindo este com a lactação, devendo ser tomado diariamente sempre à mesma hora.

Como se considera que o período de puerpério termina por volta das 6 a 8 semanas após o parto, marca-se uma consulta de revisão de puerpério entre a 6ª e a 8ª semana, com a finalidade de verificar se o fenómeno de involução decorreu normalmente e o corpo voltou ao seu estado pré - gravídico e, reiniciar o planeamento familiar, antes da mulher retomar a sua actividade sexual.

### 5.6 Aspectos legais

Verifica-se que a legislação permite que a mãe e o pai fiquem mais tempo em casa após o nascimento da criança, estes factores contribuem para o estabelecimento da relação precoce da família com o recém-nascido e vice-versa.

**De um modo geral, na legislação são contemplados os seguintes aspectos:**

- ↳ **Protecção Social da Parentalidade: Dec- Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro** - Este novo regime de protecção social elege como prioridades incentivar a natalidade e a igualdade de género, através do reforço dos direitos do pai e da partilha da licença, e facilitar a conciliação entre vida profissional e familiar e melhorar os cuidados às crianças na primeira infância.



## UCSP BURACA

Assim, procede-se ao aumento do período de licença parental para seis meses subsidiados a 83% ou cinco meses a 100%, na situação de partilha da licença entre a mãe e o pai, em que este goze um período de 30 dias ou dois de 15 dias em exclusividade.

Existe também a possibilidade dos pais poderem prolongar a licença parental inicial por mais seis meses adicionais, subsidiados pela segurança social. Este subsídio, no valor de 25% da remuneração de referência é concedido a ambos os cônjuges alternadamente e corresponde ao período imediatamente subsequente à licença parental inicial.

Já o trabalho a tempo parcial para acompanhamento de filho durante os doze primeiros anos de vida é contado em dobro para efeitos de atribuições de prestações de segurança social, com o limite da remuneração correspondente ao tempo completo. Também os direitos dos avós são reforçados, subsidiando-se as faltas destes por assistência a netos menores em substituição dos pais. Ver Dec-Lei em Anexo D.

- Quanto à **amamentação**, desde que a trabalhadora esteja comprovadamente a amamentar:
- tem direito a uma dispensa diária de trabalho;
- a gozar em dois períodos distintos de uma hora cada,
- sem perda de remuneração ou regalias (por exemplo subsídio de refeição).

Se houver **aleitação**, a mãe ou o pai têm direito à dispensa, por decisão conjunta, nos mesmos termos de direito para amamentação e até o filho perfazer um ano.

A mulher perde o direito à dispensa de trabalho:

- se deixar de amamentar
- ou quando a criança perfizer um ano de idade, na situação de aleitação.

A segurança social contempla também uma participação financeira ao longo do crescimento da criança: segundo o **Dec-Lei 176/2003 de 2 de Agosto** o **abono de família** é uma prestação pecuniária de montante variável, concedida mensalmente a crianças e jovens



## UCSP BURACA

como um direito próprio destes, para compensar os encargos das famílias, relativos ao seu sustento e educação.

As crianças e jovens inseridos em agregados familiares cujos rendimentos de referência não sejam superiores a 5 vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais (IAS), ou crianças e jovens considerados isoladas, desde que se verifiquem as seguintes condições:

- Nascimento com vida;
- Não exercício de actividade laboral;
- Os limites de idade a seguir indicados.

O Abono de Família é concedido:

- Até à idade de 16 anos;
- Dos 16 aos 18 anos, se estiverem matriculados no ensino básico, em curso equivalente ou de nível subsequente, ou se frequentarem estágio de fim de curso indispensável à obtenção do respectivo diploma; (1)
- Dos 18 aos 21 anos, se estiverem matriculados no ensino secundário, curso equivalente ou de nível subsequente, ou se frequentarem estágio curricular indispensável à obtenção do respectivo diploma; (1)
- Dos 21 aos 24 anos, se estiverem matriculados no ensino superior ou curso equivalente, ou se frequentarem estágio curricular indispensável à obtenção do respectivo diploma; (1)
- Até aos 24 anos, tratando-se de crianças ou jovens portadores de deficiência com direito a prestações por deficiência. Caso se encontrem a estudar no nível de ensino superior ou curso equivalente, ou a frequentar estágio curricular indispensável à obtenção do diploma, beneficiam de alargamento de 3 anos.



(1) *Estes limites etários são:*

- *igualmente, aplicáveis às situações de frequência de cursos de formação profissional, sendo o nível do curso determinado em função do grau de habilitação exigido para o respectivo ingresso;*
- *alargados até 3 anos sempre que, mediante declaração médica, se verifique que os titulares sofrem de doença ou foram vítimas de acidente que impossibilite o normal aproveitamento escolar.*

### **Registo de Nascimento**

Quando a criança nasce é necessário proceder ao seu registo na Conservatória do Registo Civil da área onde ocorreu o parto.

É necessário apresentar a declaração de nascimento da maternidade e o bilhete de identidade de ambos os pais. A Conservatória passa uma certidão de nascimento e a Cédula Pessoal da criança.

No entanto, no âmbito do projecto de conjunto do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, da Justiça e da Saúde, o registo das crianças, na maternidade, é feito logo após o nascimento no Registo Civil, na Segurança Social e no Centro de Saúde, salvaguardando os direitos da criança ao nome, saber quem são os pais, cuidados de saúde e assistência social.

O impresso tem cinco vias: Hospital, Conservatória Registo Civil, Centro de Saúde, Serviço de Segurança Social e para os pais do recém-nascido.

O Centro de Saúde é notificado do nascimento de uma criança na área de influência, tendo um maior controlo e intervenção se necessário de forma a realizar o diagnóstico precoce, proceder à vigilância de saúde da criança, vacinação, etc.

## **5.7 Vacinação**

"As **vacinas** permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico" (Direcção Geral de Saúde, 2006, p, 7), uma vez que se verificou, após a introdução do Programa Nacional de Vacinação, em 1965, uma notável



## UCSP BURACA

redução da mortalidade e da morbilidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com o consequente ganho em saúde.

O actual programa nacional de vacinação (PNV) foi criado pelo Despacho Ministerial nº 4570/2005 de 9 de Dezembro de 2004. O novo PNV, em vigor a partir de Janeiro de 2006, foi aprovado pelo Diário da República nº 43 - II Série, de 2 de Março de 2005 e vem substituir o PNV de 2000.

O PNV de 2006 inclui as vacinas contra a tuberculose, a hepatite B, a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a poliomielite, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b, o sarampo, a parotidite epidémica, a rubéola e a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C.

Segundo a Direcção - Geral de Saúde (2006) os **profissionais de saúde** têm um papel muito importante na divulgação do programa, de forma a motivar as famílias, aproveitando as "oportunidades" de vacinar pessoas susceptíveis, de forma a possibilitar taxas de cobertura vacinal muito elevadas (superiores a 95%) que permitam obter a **imunidade de grupo**.

A formação permanente deve ser incentivada, devendo constituir uma preocupação para os profissionais que trabalhem na área da vacinação.

O **esquema de vacinação** recomendado tem como objectivo adquirir a melhor protecção na idade mais adequada. De acordo com o esquema (Fig 7) aos 6 meses atinge-se a primovacinação para 7 das 11 doenças abrangidas pelo PNV, ficando as restantes concluídas aos 15 meses de idade, com a administração da VASPR. No sentido de garantir uma maior protecção, ou seja, mais efectiva ou duradoura, são aconselhadas doses vacinais de reforço.

**Vacinação universal. Esquema Recomendado**

Vacinas contra:	Idades										
	0 Nasci- mento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano-Tosse Convulsa		DTP <sub>a</sub> 1		DTP <sub>a</sub> 2		DTP <sub>a</sub> 3		DTP <sub>a</sub> 4	DTP <sub>a</sub> 5	Td	Td
Haemophilus influenzae b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB <sup>(b)</sup> 1, 2, 3	
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola							VASPR 1		VASPR 2 <sup>(a)</sup>		
Meningococo C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				

(a) VASPR: nos nascidos em 1993 que ainda não receberam a 2.<sup>a</sup> dose de VASPR, a VASPR 2 deve ser administrada aos 13 anos de idade.

(b) VHB: aplicável apenas aos nascidos < 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses.

**Figura n.º 7: Vacinação Universal - esquema recomendado**

**Fonte:** Direcção - Geral de Saúde. Programa Nacional de Vacinação, 2006, 13p.

Importa acrescentar que desde 2008 foi introduzida a vacina anti-papiloma vírus humano (prevenção do cancro do colo do útero), que abrange as raparigas entre os 12 e 13 anos e ainda as nascidas entre 1992 e 1994 (âmbito de repescagem).

No entanto, por vezes surgem atrasos na vacinação das crianças por razões várias, então incluem-se nos esquemas de recurso as crianças sem qualquer dose de uma ou mais vacinas ou com doses em atraso, casos em que farão apenas o número de doses necessário para a conclusão do esquema vacinal.

A comprovação do estado vacinal faz-se através do registo da vacinação (Ficha Individual de Vacinação ou módulo de vacinação do SINUS e/ou Boletim Individual de Saúde/Registo de Vacinações - BIS).

Todos os indivíduos que não possuam qualquer registo de vacinação devem iniciar um esquema vacinal completo para a sua idade.

As crianças com menos de 7 anos de idade, que não completaram a primovacinação no 1.º ano de vida, recomenda-se o esquema seguinte (Fig. 8). A VASPR considera-se em atraso se a primeira dose não tiver sido administrada antes dos 24 meses de idade.

Vacinação universal (< 7 anos de idade). Esquema em atraso								
	Visitas/Idades							
Vacinas contra:	1ª visita	1 mês depois da 1ª visita	72 horas depois da visita anterior	2 meses depois da 1ª visita	8 meses depois da 1ª visita	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose		Prova <sup>(b)</sup> tuberculínica	BCG <sup>(c)</sup>					
Poliomielite	VIP 1	VIP 2		VIP 3 <sup>(d)</sup>		VIP 4 <sup>(d)</sup>		
Difteria-Tétano-Tosse Convulsa	DTP <sub>1</sub>	DTP <sub>2</sub>		DTP <sub>3</sub>	DTP <sub>4</sub>	DTP <sub>5</sub> <sup>(e)</sup>	Td	Td
<i>Haemophilus influenzae b</i>	Hib 1 <sup>(a)</sup>	Ver Quadro III a)						
Hepatite B	VHB 1	VHB 2			VHB 3			
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola	VASPR 1					VASPR 2 <sup>(f)</sup>		
Meningococo C	MenC 1	Ver Quadro III b)						

- (a) A vacina Hib apenas é recomendada a crianças com menos de 5 anos de idade.
- (b) Na segunda visita (um mês após a primeira), deve ser efectuada a prova tuberculínica em crianças sem registo de vacinação com BCG e sem cicatriz vacinal.
- (c) Aquando da leitura da prova tuberculínica, as crianças cuja prova seja negativa serão vacinadas com BCG.
- (d) Entre a VIP 3 e a VIP 4 deve decorrer um intervalo mínimo de 4 semanas. A VIP 4 apenas será administrada às crianças cuja VIP 3 se efectuou antes dos 4 anos de idade, mas todos os casos que tenham recebido um esquema misto VAP e VIP, devem receber a VIP 4.
- (e) A DTP <sub>5</sub> apenas será administrada às crianças cuja DTP <sub>4</sub> se efectuou antes dos 4 anos de idade, com um intervalo recomendado de 3 anos, podendo aplicar-se os intervalos mínimos referidos no Quadro V, se necessário.
- (f) Entre a VASPR 1 e a VASPR 2 deve decorrer, pelo menos, 1 mês.

Figura n.º 8 - Vacinação Universal - Esquema em atraso

Fonte: Direcção - Geral de Saúde. Programa Nacional de Vacinação, 2006, p 18.

Consideram-se vacinadas contra a tuberculose as crianças que tenham registo de vacinação com BCG, não necessitando, portanto, de prova tuberculínica, mesmo sem cicatriz vacinal, ou com cicatriz vacinal, na ausência de registo.

Quanto às vacinas Hib e MenC, o esquema vacinal a adoptar, em caso de atraso, depende da idade em que for administrada a primeira dose ( ver tabelas 7 e 8)

**Tabela nº 7 - Esquema de Vacinação para a vacina Hib em atraso**

Idade de Início	Primovacinação	Idade de Reforço
6 semanas - 6 meses	3 doses (com intervalo de 8 semanas de administração)	18 meses
7 - 11 meses	2 doses (com intervalo de 4 a 8 semanas de administração)	18 meses
12 - 15 meses	1 dose	18 meses
> 15 meses e < 5 anos	1 dose	Não faz

Fonte: PNV 2006, p 19

**Tabela nº 8 - Esquema de Vacinação em atraso para a vacina MenC**

Idade de Início	Nº de doses a administrar	
	< 12 meses	≥ 12 meses
2 - 9 meses	2 doses com intervalo de 8 semanas entre administrações	1 dose aos 15 meses
10 - 11 meses	1 dose	1 dose 8 semanas depois da primeira
≥ 12 meses	_____	1 dose na primeira oportunidade de vacinação

Fonte: PNV 2006, p 19

Nas crianças e adolescentes, **entre os 7 e os 18 anos de idade**, inclusive, que não foram vacinados segundo a cronologia recomendada, aconselha-se o seguinte esquema tardio:

**Vacinação universal (7-18 anos de idade). Esquema tardio**

Vacinas contra:	Visitas/Idades					
	1ª visita	1 mês depois da 1ª visita	72 horas depois da visita anterior	7 meses depois da 1ª visita	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose		Prova <sup>(b)</sup> tuberculínica	BCG <sup>(d)</sup>			
Poliomielite	VIP 1	VIP 2		VIP 3		
Tétano-Difteria <sup>(a)</sup>	Td 1	Td 2		Td 3 <sup>(e)</sup>	Td 4 <sup>(e)</sup>	Td
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3		
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola	VASPR 1	VASPR 2 <sup>(c)</sup>	VASPR 2 <sup>(c)</sup>			
Meningococo C	MenC					

- (a) A partir dos 7 anos de idade (inclusive), a vacina DTP<sub>a</sub> é substituída pela vacina Td.
- (b) Na segunda visita (um mês após a primeira), deve ser efectuada a prova tuberculínica **em crianças/adolescentes sem registo de vacinação com BCG e sem cicatriz vacinal**.
- (c) A VASPR 2 pode ser administrada na segunda visita (1 mês após a primeira), nas crianças já vacinadas com BCG. As crianças que não foram vacinadas com BCG e necessitam de efectuar a prova tuberculínica, serão vacinadas com a VASPR, aquando da sua leitura após 72 horas.
- (d) Aquando da leitura da prova tuberculínica, as crianças/adolescentes cuja prova seja negativa serão vacinados com BCG.
- (e) Entre a Td 3 e a Td 4 recomenda-se um intervalo de, pelo menos, 3 anos, podendo aplicar-se os intervalos mínimos a que faz referência o Quadro V, se necessário. Se a Td 3 for administrada aos 10 ou mais anos de idade, a Td 4 deve ser administrada 10 anos mais tarde.

**Figura nº 9 - Vacinação Universal - Esquema Tardio**

**Fonte:** Direcção - Geral de Saúde. Programa Nacional de Vacinação, 2006, p 20

Para o **enfermeiro de saúde infantil** poder encaminhar/referenciar as crianças e as famílias para a vacinação, aproveitando a sua ida ao Centro de Saúde, deve conhecer:

- A importância da vacinação;
- As indicações de cada vacina;
- Os esquemas preconizados;



## UCSP BURACA

- As situações que podem constituir contra-indicação (por forma a não encaminhar a família e a criança à vacinação, se esta não reunir as condições necessárias para o ser). A decisão deve ser ponderada e partilhada com o médico assistente.
- Os locais anatómicos aconselhados para a administração de cada vacina e seus intervalos cronológicos de segurança.

**Tabela nº 9 - Locais anatómicos para administração de vacinas**

Braço esquerdo (coxa se idade $\leq$ a 12 meses)	Braço direito (coxa se idade $\leq$ a 12 meses)
BCG (nunca na coxa)	VHB
DTPaHibVIP	Hib
MenC	VIP
DTPa	VASPR
DTPaHib	
DTPaVIP	
Td	

Fonte: Programa Nacional de Vacinação 2006

**Tabela nº 10 - Intervalos de segurança para administrar vacinas**

Tipos de Vacinas	Intervalo mínimo recomendado entre doses
$\geq$ 2 inactivadas	Mesmo dia ou qualquer intervalo
Inactivadas † vivas	Mesmo dia ou qualquer intervalo
$\geq$ 2 vivas	Mesmo dia ou com intervalo de pelo menos 4 semanas entre doses

Atenção a casos especiais em que os fabricantes não garantem segurança de administração concomitante (exemplo MenC com VHB) - ver PNV página 24.

Fonte: Programa Nacional de Vacinação 2006

Segundo a Direcção - Geral de Saúde (2006), de uma maneira geral, as **situações que podem constituir contra-indicação** são:



## UCSP BURACA

- situações de doença aguda com temperatura superior a 38,5°C ou outros sinais e sintomas clinicamente importantes;
- situações de reacção secundária grave após administração de dose anterior;
- situações de anafilaxia;
- convulsão febril;
- doenças do foro neurológico (epilepsia, encefalopatia evolutiva, etc.);
- reacções de hipersensibilidade a componentes vacinais [reacção anafilática ao ovo ou antibióticos (neomicina, estreptomicina, polimixina b), leveduras, gelatina];
- alterações imunitárias (síndrome de imunodeficiência congénita, etc.);
- estados de imunodepressão relacionados com doenças malignas;

estados de imunossupressão associados a terapêuticas, a transplantes de órgãos, crianças VIH positivo sem imunodepressão grave.

Por fim parece-nos pertinente fazer menção às **vacinas pneumocócicas** que, embora não façam ainda parte do PNV, são prescritas pela grande maioria dos médicos. O PNV de 2006 refere que:

- Não existem dados publicados sobre o efeito da administração simultânea da vacina **pneumocócica conjugada (Prevenar R, contra 7 serotipos de *Streptococcus pneumoniae*)** com a **MenC**, na produção de anticorpos ou na protecção contra as doenças meningocócica C e pneumocócica. No entanto, a sua administração simultânea tem ocorrido frequentemente, sem haver registo de aumento de reacções adversas ou diminuição da eficácia de qualquer das vacinas.
- O fabricante da vacina **PrevenarR** refere que se observou uma diminuição inconstante na resposta à vacina **VIP** e aos antigénios de *pertussis*, após a sua administração simultânea com **PrevenarR**, desconhecendo-se o significado clínico destas observações.
- Os fabricantes das vacinas **Pneumovax 23R** e **Pneumo 23R** (polissacarídicas, contra 23 serotipos de *Streptococcus pneumoniae*) não referem incompatibilidades destas vacinas com as vacinas do PNV.

No entanto, no caso de qualquer dúvida deve procurar as orientações técnicas para o PNV, existente no gabinete de saúde infantil, bem como outros profissionais.

## 5.8. Alimentação Infantil

A nutrição é, provavelmente, a mais importante influência sobre o crescimento. Os factores dietéticos regulam o crescimento em todos os estágios do desenvolvimento e, seus efeitos são exercidos de modos numerosos e complexos. Durante a fase de lactente e da infância, a necessidade calórica é relativamente grande, facto que se pode observar pelo rápido crescimento em peso e altura e desenvolvimento neurológico destas fases. (Wong, 1999).

### **Vantagens do aleitamento materno são:**

1. O leite materno é o melhor para o bebé, sendo suficiente para assegurar o seu crescimento até aos 4 - 6 meses, altura a partir da qual, é necessário iniciar a diversificação alimentar, não abandonando, no entanto, o aleitamento materno;
2. O leite materno é sempre saudável e protege o recém - nascido de doenças como infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias assim como de alergias;
3. A longo prazo a evidência aponta para uma protecção da criança relativamente à diabetes e linfomas.
4. O leite está sempre disponível, não precisando de nenhum tipo de preparação;
5. O leite materno não custa dinheiro: é produzido proporcionalmente ao número de mamadas e, como protege de doenças, há menos despesas em termos de saúde;
6. O aleitamento materno favorece o estabelecimento de uma relação privilegiada entre mãe e filho: permite uma intimidade total entre os dois, havendo intervenção de todos os sentidos quando a mãe está a amamentar. O aleitamento materno dá ao bebé um sentido de amor e segurança, ele pode ouvir o batimento cardíaco da mãe tal como antes de nascer;

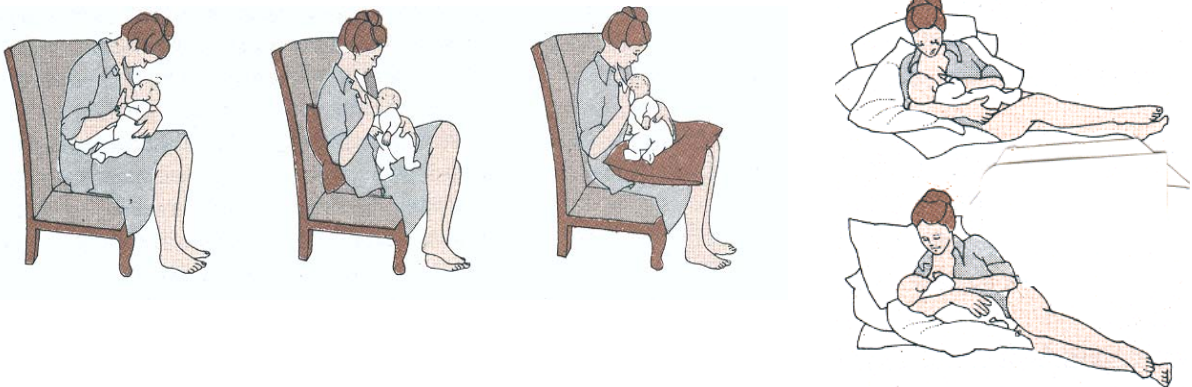
7. Permite uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama, entre outros
8. A amamentação funciona como um método natural de espaçamento dos nascimentos (Cordeiro e Carvalho, 1990; UNICEF, 2008).

A amamentação deve iniciar-se após o nascimento. Nesta altura, a mãe tem ainda pouco leite mas, a sucção do recém - nascido desencadeará a produção deste. O primeiro leite, designa-se por colostro, sendo rico em anticorpos maternos, pobre em gordura (dando resposta à insuficiência de lipase dos bebés), rico em proteínas; pobre em sódio (respeitando a imaturidade renal da criança). Só entre o 3º - 4º dia após o nascimento é que o leite se torna "maduro". Estas variações acontecem de acordo com a progressiva maturação do sistema gastrointestinal da criança (Cordeiro e Carvalho, 1990; UNICEF, 2008).

### Princípios da amamentação

Segundo Wong (1999), normalmente, as mães sabem amamentar e só necessitarão de conselhos se tiverem dificuldades. Assim, de um modo geral os princípios a seguir são:

1. O bebé deve estar com fome;
2. A mãe deve sentar-se confortavelmente na cama ou numa cadeira com apoio de braços, deve ter as costas bem apoiadas;

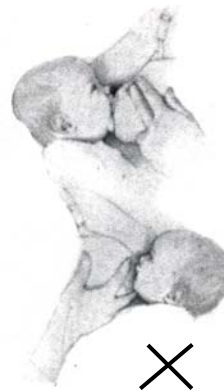


**Figura nº10: Posições a adoptar para amamentar**

3. Antes de colocar o bebé à mama, a mãe deve realizar expressão manual da mesma para libertar algumas gotas de colostro/leite, ajudando o mamilo a ficar saliente o que facilita que a criança o mantenha na boca;
4. O bebé deve colocar a sua boca não só no mamilo mas, também na auréola, de modo a que haja compressão dos ductos lactíferos (fig 11);
5. O nariz da criança não deve ficar apertado contra o seio pois, deste modo ele não consegue respirar. A mãe deve colocar um ou dois dedos junto do nariz do bebé de modo a mantê-lo afastado da mama, estudos demonstram que a colocação dos dedos em tesoura pode causar obstrução de ductos pelo que é, actualmente desaconselhada (UNICEF, 2008) (fig 12);



**Figura n.º 11: Posição do bebé à mama**



**Figura n.º 12: Modo de afastar o nariz da mama**

6. Pelo menos uma mama deve ser completamente esvaziada a cada mamada, havendo alternância de seios;
7. O bebé deve ser colocado em posição de semi - fowler (fig. 11) ;

8. Durante a mamada a mãe deve falar com o seu filho, cantar manter contacto visual... pois, deste modo, satisfaz-se não só a necessidade alimentar da criança mas, também a afectiva (fig. 11);
9. Antes de retirar a criança da mama, a mãe deve interromper a sucção colocando o dedo mínimo no canto da boca do bebé ou puxando o seu queixo ligeiramente para baixo.
10. Deve-se dar de mamar as vezes que o bebé desejar; nos primeiros dias ele chora quando tem fome. Posteriormente, mãe e filho encontram o seu ritmo progressivamente, não havendo horários rígidos. Inicialmente, os intervalos são curtos e não há pausa nocturna. Gradualmente o ritmo vai sendo regular podendo variar entre 2 horas a 4. Geralmente no final do primeiro mês já há pausa nocturna.
11. Também a duração da mamada varia de criança para criança; algumas, e no início, demoram apenas 5 a 10 minutos, outros demoram mais de 20.
12. No final da mamada é de extrema importância realizar a manobra de EPSTEIN: colocar a criança erecta sobre o ombro da mãe (ou no seu colo) e dar leves pancadinhas no dorso para a ajudar a expelir o ar deglutido durante a mamada (fig. 13). Esta manobra poderá ter de ser repetida durante a mamada ou após a criança ter sido colocada no berço, se esta se apresentar inquieta e chorosa. O bebé deve ser sempre colocado no berço em decúbito lateral ou semi- fowler (com uma manta por de baixo do colchão), para facilitar o esvaziamento gástrico e reduzir as hipóteses de refluxo e aspiração.

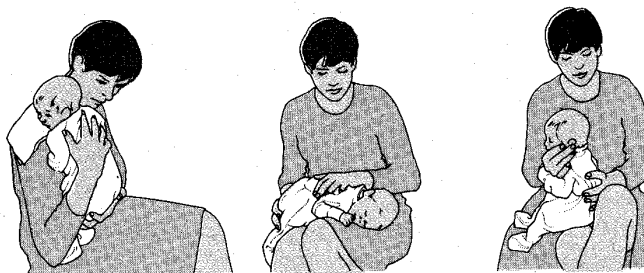


Figura n.º 13: Manobra de Epstein

Mesmo que a mãe engravide novamente, pode continuar a amamentar, não havendo qualquer prejuízo para nenhum dos envolvidos. No entanto, existem algumas contra-indicações para o aleitamento materno, quer sejam referentes à criança:



## UCSP BURACA

- Algumas doenças metabólicas graves como a galactosémia (não há metabolização do leite materno);
- Malformação da cavidade oral que impeça a sucção e deglutição: neste caso, o leite pode ser retirado de modo ser dado à criança de forma adequada;
- Crianças que não possam fazer esforço como o que acontece na cardiopatia grave ou nos pré - termo, nestes casos pode-se actuar como no ponto anterior;

No que se refere às contra - indicações relacionadas com a mãe:

- Doenças graves, debilitantes e infecciosas agudas (septicemia, hemorragia profunda, tuberculose activa, desnutrição crónica, varicela);
- Mães com Síndrome de Imunodeficiência Humana (HIV);
- Neurose ou psicose intensas;
- Mastite grave ou abscesso;
- Uso de certas drogas e medicamentos (clorafenicol, tetraciclina, sulfanamidas, cotrimaxazol, contraceptivos com estrogénios, diuréticos tiazídicos), pois podem ter efeitos teratogénicos.

No entanto, existem contraceptivos só à base de progesterona, que não interferem com a produção de leite.

### **Dificuldades no aleitamento materno: como ultrapassá-las?**

Segundo a Direcção - Geral de Cuidados de Saúde Primários, divisão de educação para a saúde, 1988, as dificuldades mais frequentes durante o aleitamento materno são:

- **Medo de ter pouco leite ou que este seja de má qualidade.**

Este é um receio frequente em muitas mães pois, pode acontecer que não haja produção de leite nos primeiros 2 ou 3 dias após o parto, devido aos níveis de estrogénio e progesterona ainda estarem elevados, havendo apenas produção de colostro.

O leite só costuma estar disponível entre o 3º e o 5º dia após o parto; é nesta fase que os níveis de prolactina estão elevados e há indução da produção de leite "maduro".

Deve ser explicado à mãe que o colostro presente nos 2 a 3 primeiros dias é suficiente e de excelente qualidade para satisfazer as necessidades de nutrição e protecção da criança; além disso, ao nascer a criança, tem bastante água no seu organismo e não precisa de um grande volume de leite nos primeiros dias. A mãe deve ser informada de que, quanto mais regularmente colocar o seu filho a mamar, maior será a produção de leite uma vez que, é a sucção do bebé que a estimula.

O leite materno é sempre de boa qualidade e o melhor alimento para o bebé. Mesmo que em pouca quantidade, ele deve ser dado à criança.

- **Seios ingurgitados**

Por vezes, os seios produzem mais leite que o necessário para o lactente, principalmente, na primeira semana de amamentação em que, frequentemente o bebé não esvazia a mama na totalidade. Isto leva a que a mama fique cheia de leite e, conseqüentemente, os ductos mamários congestionados: **ingurgitamento**

A pele da mama fica tensa e distendida, o bebé não consegue mamar e a mãe sente dor e desconforto. É necessário apoiar e dar confiança a estas mulheres nesta fase, por outro lado, devem ser aconselhadas a deixar a criança esvaziar a mama na totalidade ou a retirar o restante leite (fig. 14).

Pode-se também indicar a colocação de compressas quentes nas mamas antes da mamada o que favorecerá uma vasodilatação e dilatação dos ductos, facilitando o escoamento do leite; no intervalo das mamadas, pode-se aplicar gelo para se obter o efeito contrário. (UNICEF, 2008)

- **Mamilos dolorosos:**

Os mamilos são muito sensíveis por serem revestidos por uma pele muito delicada. Se o bebé mamar exercendo uma sucção muito forte, pode haver lesão dessa pele e os mamilos tornam-se doridos.

Esta situação é comum em mulheres com mamas ingurgitadas, pelo esforço que o bebé faz a mamar. Daqui podem resultar fissuras (comumente designadas por mamilos

gretados) e, por estas constituírem portas de entrada para agentes infecciosos, pode também surgir febre.

Para prevenir tal situação, a mãe deve ter os mesmos cuidados que para a prevenção de ingurgitamento e:

- não deixar o bebé usar o mamilo como chucha;
- assegurar que o bebé faz uma pega correcta;
- deixar os mamilos secar ao ar com algumas gotas do próprio leite pois, este tem efeitos anti - infecciosos e protectores.

O tratamento das fissuras mamilares, pode implicar o uso de pomadas e analgésico. Por vezes é necessário suspender a mamada desse seio, tendo de se efectuar extracção manual de leite.

Se a infecção estiver instalada, estando o seio doloroso, inflamado, quente e vermelho, a mulher tem febre e pode mesmo deitar pús pelo mamilo, deve-se procurar o médico para a prescrição de tratamento e esvaziar o seio manualmente (se houver pús) (fig. 14).



Figura n.º 14: Extracção manual de leite

### Aleitamento artificial

Conforme as normas portuguesas, baseadas em recomendações internacionais, estão comercializadas três tipos de leite para lactentes: **adaptados**, **parcialmente adaptados** e de **transição**. Os leites adaptados estão mais próximos da composição do leite materno sendo, por isso, recomendados aos recém - nascidos por estes serem mais intolerantes a certos compostos mais complexos. Estes leites envolvem elevadas tecnologias no seu fabrico tornando-se mais dispendiosos, não sendo o seu uso imperativo, na maioria dos lactentes normais e saudáveis (Cordeiro e Carvalho, 1990).

Os mesmos autores explicam que, os leites parcialmente adaptados, asseguram a satisfação das necessidades nutricionais dos lactentes saudáveis até aos 4 - 6 meses de vida. Os leites de transição, por terem uma composição que se aproxima mais do leite de vaca total, são introduzidos a partir da diversificação alimentar. Para além dos 3 tipos de leite adaptado anteriormente referidos, existem no mercado, actualmente, outros leites: enriquecidos com vitaminas e minerais e, leites medicamentosos (anti - diarreicos, por exemplo), sendo vulgarmente compostos em base de proteínas de soja.

Os leites dietéticos infantis a serem administrados, implicam um cálculo das necessidades calóricas e hídricas (fig. 15), de forma a evitar uma alimentação hipo ou hipercalórica e uma hidratação inadequada.

**Necessidade hídricas nas criança**

Idade	Peso corporal médio (kg)	Água total em 24 h (ml)	Água por peso corporal em 24 h (ml)
3 dias	3,0	250-300	80-100
10 dias	3,2	400-500	125-150
3 meses	5,4	750-850	140-160
6 meses	7,3	950-1.100	130-155
9 meses	8,6	1.100-1.250	125-145
1 ano	9,5	1.150-1.300	120-135
2 anos	11,8	1.350-1.500	115-125
4 anos	16,2	1.600-1.800	100-110
6 anos	20,0	1.800-2.000	90-100
10 anos	28,7	2.000-2.500	70-85
14 anos	45,0	2.200-2.700	50-60
18 anos	54,0	2.200-2.700	40-50

**Figura n.º 15: Necessidades Hídricas das crianças**



As latas de leite diatético infantil, são fornecidas com uma colher - medida que corresponde, aproximadamente, a 5 gr. As necessidades da criança relativamente ao número de calorias e de líquidos diários varia com a idade. Por exemplo, ao 7º dia de vida, a criança necessita de cerca de 150ml de água por quilograma de peso corporal e cerca de 120 Kcal por Kg de peso diários.

A partir do primeiro ano, o coeficiente energético (quantidade de energia suficiente para o normal desenvolvimento da criança) pode ser calculado diminuindo 10 Kcal/Kg/dia por cada 3 anos, até atingir o valor do adulto: 40 Kcal/Kg/dia; tendo em conta que, no segundo semestre de vida o coeficiente energético da criança é de 100 Kcal/Kg/dia.

Deste modo se compreende que, a preparação do leite adaptado tem de respeitar as necessidades calóricas e hídricas do lactente, evitando-se hipo ou hiperconcentrações que podem interferir no óptimo crescimento e desenvolvimento.

Por exemplo: **lactente com 6 meses; 7.3 Kg**

**Necessidades hídricas nas 24h = 950ml**

**Número de mamadas: 5/dia**

**Que quantidade de leite preparar?**

Por norma, uma colher - medida de leite adaptado comporta cerca de 5 gr e, para cada 5 gr de leite em pó se faz uma diluição em 30 ml de água fervida, logo:

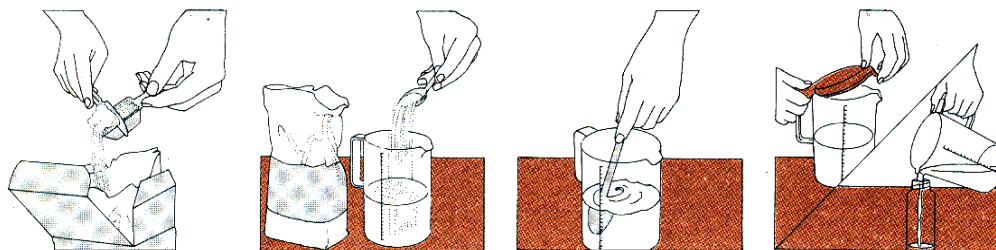
**5 gr \_\_\_\_\_ 30 ml**

**x \_\_\_\_\_ 950 ml     $x = 950 \times 5 / 30 = 158 \text{ gr}$**

158 gr de leite é diluído em 950 ml de água fervida e será repartido pelas 5 mamadas; cerca de 190 ml de leite reconstituído em cada refeição.

Tabela n.º 11 - Técnica de Preparação do leite artificial

Procedimentos	Justificação
1. Lavar as mãos.	1. Evitar contaminação
2. Proteger a roupa.	2. Evitar contaminação
3. Reunir material necessário.	3. Facilitar procedimentos
4. Retirar biberão do tacho (onde foi realizada a esterilização deste, tetina e rosca), pegando pelo fundo.	4. Evitar contaminação
5. Colocar água morna, fervida previamente, no biberão de acordo com a quantidade de leite a reconstituir.	5. Evitar cozedura do leite pela água estar demasiado quente; a medida de água tem de ser exacta para corresponder às necessidades hídricas da criança e não haver erros de concentração
6. Adicionar o leite em pó à água, respeitando o número de medidas em relação à quantidade de água, sendo que, a colher - medida tem de estar rasa de leite (fig. 16).	6. Obter a concentração correcta de leite, fornecendo a quantidade de calorías necessárias ao lactente
7. Rolhar o biberão com a tetina voltada para o interior e agitar até não haver grumos.	7. Evitar contaminação e liquefazer o leite
8. Se o leite não for dado de imediato ao bebé, deve-se manter a tetina voltada para o interior do biberão e, este pode ser colocado num recipiente em banho - maria.	8. Evitar contaminação da tetina e sucessivos aquecimentos do leite.



**Figura nº16: Reconstituição do Leite Artificial**

**Material Necessário à preparação do biberão de leite:**

- Pano de louça ou de tabuleiro bem limpo, para colocação do material;
- Lata de leite prescrito e respectiva colher - medida;
- Espátula para rasar o leite na colher - medida,
- Recipiente com água morna, previamente fervida, para a reconstituição do leite;
- Biberão com tetina, tampa e rosca, previamente fervidos em água durante cerca de 20 minutos (apenas 5 minutos para a tetina para não danificar a borracha), de forma a estarem desinfectados.

Este material deve ser exclusivo para este fim, devendo estar em boas condições de utilização.

**Aspectos a ter em conta na educação da administração de biberão de leite**

A alimentação através de biberão de leite, deve seguir os mesmos princípios que o aleitamento materno, no entanto, existem alguns aspectos referidos por Cordeiro e Carvalho (1990), que nos parecem relevantes e por isso os abordamos aqui:

- Respeitar rigorosamente a prescrição quanto à dose e concentração de leite;
- Manter o local da preparação, o material e as mãos limpas;

- Ferver a água durante 20 ou 30 minutos assim como os biberões, tampas e roscas (a tetina apenas 5 minutos);
- Utilizar água fervida na reconstituição do leite;
- Utilizar tetinas com orifícios apropriados, isto é, quando se inverte o biberão, o leite deve pingar gota a gota;
- Utilizar técnica de banho-maria para aquecer o biberão;
- Se utilizar microondas para o aquecimento, o biberão deve ser agitado após ser retirado, para a temperatura ficar homogénea. A temperatura do leite deve ser testada antes da sua administração, deixando cair umas gotas deste, na face anterior do punho (Wong, 1999);

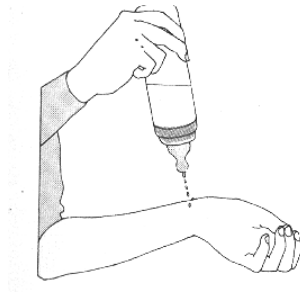


Figura n.º 17: Teste da temperatura do leite

- Ter máxima higiene no manuseamento da lata de leite;
- Não forçar a criança a ingerir a totalidade do leite;
- Depois de preparado e tal como o leite materno, o leite adaptado pode ser guardado na parte superior do frigorífico durante 24 horas.

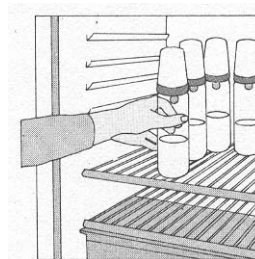


Figura n.º 18: Leite guardado no frigorífico

## **Diversificação alimentar: introdução de novos alimentos**

A introdução de novos alimentos é iniciada por volta dos 4 a 6 meses porque, é a altura em que as funções de digestão e absorção intestinal, a actividade enzimática, do metabolismo e a função renal atingiram já uma grau de maturação compatível com a diversidade de alimentos e aumento da sua consistência.

Importa referir que, a introdução dos novos alimentos só deve ser iniciada:

- Em crianças em aleitamento materno, com curva ponderal adequada e mãe com disponibilidade, apenas a partir dos 6 meses;
- Em crianças em aleitamento misto (materno mais artificial, ou exclusivamente artificial) a partir dos 4 meses de idade.

No entanto, estas idades não representam uma norma rígida, tudo depende das características da criança, da disponibilidade da mãe e do critério da equipa de saúde. Antes dos 4 meses, a diversificação alimentar é antinatural, por outro lado, esta só deve ser iniciada num momento em que a criança esteja de óptima saúde.

A diversificação alimentar deverá constituir um processo simples, sem demasiadas regras e com flexibilidade para poder ser feita sem ansiedade. Deve seguir os seguintes princípios nutricionais:

- Evitar excesso de proteínas;
- Restrição de sódio;
- Restrição de sacarose e outros açúcares de absorção rápida;
- Refeições frequentes, pelo menos 5/dia;
- Garantir a satisfação das necessidades de cálcio e ferro.

### Que alimento introduzir em primeiro lugar?

Segundo Wong (1999), a escolha dos alimentos a serem introduzidos na dieta do lactente em primeiro lugar, é variável mas, deve basear-se nos motivos da diversificação, como fornecimento dos nutrientes não presentes no leite em quantidade suficiente ou, mesmo ausentes.

Os cereais infantis, sem glúten, geralmente são oferecidos em primeiro lugar, não só porque são uma papa láctea com um sabor mais familiar para o lactente mas, também, devido ao seu elevado conteúdo em ferro (7 mg de ferro em 3 colheres de sopa de cereal seco), existem diversos cereais infantis disponíveis no mercado: arroz, cevada, aveia e cereais hipoprotéicos. Porém, o arroz é normalmente sugerido em primeiro lugar, uma vez que, é de fácil digestão e baixo potencial alergénico. A sua preparação é por adição ao leite, adaptado ou materno, que o lactente habitualmente ingere, ou água (Wong, 1999).

Caso estejamos perante um bebé de elevado percentil ponderal, será melhor considerar a hipótese de oferecer primeiramente a sopa/puré de legumes e protelar a introdução da papa, pois esta é mais calórica. O puré de legumes começa por ser constituído por cenoura e batata, posteriormente e semana a semana, adiciona-se um novo legume: abóbora, cebola, nabo, alface, agrião e feijão verde, cozidos em água e temperados apenas por meia a uma colher de chá de azeite (adicionada após a sopa estar triturada). Uma semana após a introdução do primeiro novo alimento (papa láctea ou de legumes), pode-se começar a dar fruta crua/cozida/assada, preferencialmente maçã, pêra e banana sem adicionar açúcar.

Aos cinco meses pode-se adicionar carne branca, magra, picada à sopa (cerca de 20 gramas). A papa sem glúten pode ser oferecida a partir dos 6 meses.

Após os 6 meses, o cereal pode ser adicionado a sumo de fruta natural: o conteúdo de vitamina C do sumo aumenta a absorção do ferro do cereal. Por causa dos seus benefícios como uma fonte de ferro, os cereais infantis devem ser fornecidos até por volta



dos 18 meses de idade. No sumo deve ser evitado o uso frequente de maçã, pêra, ameixa, cereja, pêssigo e uva pois, podem provocar dor abdominal, diarreia ou flatulência [Wong, (1999) citando a American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition (1991)].

Aos 8 meses a criança pode começar a comer iogurte natural (ou com adição de fruta ralada ao natural) e outras frutas como o melão, a meloa, a manga e a papaia. Nesta fase o bebé pode então comer duas refeições de sopa (uma com carne e outra sem), cujos alimentos devem ser cada vez menos triturados.

Seguidamente aos 9/ 10 meses, ao mesmo caldo de legumes podem ser adicionado peixe (pescada, faneca, linguado...), em vez de carne. Nesta idade começa-se a introduzir o ovo: inicialmente  $\frac{1}{4}$  de gema cozida (em substituição da carne ou peixe), indo aumentando para a gema inteira. Não dar mais que 2 a 3 vezes por semana. Após o ano, o ovo inteiro pode ser dado, cozido ou escalfado.

O leite de vaca poderá ser oferecido após os 12 meses e deve ser consumido pelo menos, 500 ml/dia. Também aos 12 meses pode iniciar a ingestão de leguminosas como o feijão, o grão, as ervilhas e as lentilhas e citrinos. Nesta altura pode também comer ovo inteiro. A consistência dos alimentos é cada vez mais aproximada à dos adultos, podendo já fazer refeições com sopa, segundo prato e sobremesa (fruta).

Sistematizando (diversificação alimentar a partir dos 4 meses):

**4 meses:** papa láctea de cereais sem glúten/ puré de legumes;

**4,5 meses:** Uma papa sem glúten ou uma sopa de legumes ou duas sopas.

**5 meses:** papa de legumes com carne e uma papa sem glúten e fruta;

**6 meses:** papa de legumes com carne e uma papa com glúten e fruta;

**8 meses:** faz uma papa e duas sopas e introduz o iogurte natural;

**9/10 meses:** sopa de legumes com carne, sopa de legumes com peixe, fruta e iogurte;

**12 meses:** a criança pode já iniciar leite de vaca inteiro, comer ovo inteiro. Pode comer sopa mais segundo prato e fruta como sobremesa.

Quando a criança inicia a ingestão de refeições da família a mãe deve ter em atenção:

- Os cozinhados devem ser simples e com poucos temperos, hipossalina;
- Com pouca gordura e de preferencia, vegetal;
- Preferir os grelhados, cozidos e estufados;
- Evitar os refugados e os fritos;
- Não habituar a criança a comer doces, pois são cariogénios e podem contribuir para a obesidade.

Para além de tudo o que foi dito, resta ainda acrescentar alguns princípios a ter em consideração, quando se inicia a diversificação alimentar.

Wong (1999), defende que é necessária alguma paciência e habilidade para superar a resposta inicial do lactente ao novo alimento e à colher: Quando a colher é introduzida pela primeira vez o bebé rejeita-a, parecendo insatisfeito. Este comportamento deve-se ao facto do reflexo de extrusão da língua poder ainda estar presente.

Deve então ser usada uma colher pequena, mas de cabo comprido, para que o alimento seja colocado na região posterior da língua, o que facilitará a deglutição.



**Figura n.º 19: Alimentação à colher**

A mesma autora refere que, a primeira introdução de um alimento diferente, constitui uma experiência nova, pelo que a alimentação com colher deve ser tentada antes

ou após a ingestão de uma pequena quantidade de leite materno ou artificial, de modo a que o lactente associe esta experiência a outra que lhe é agradável e lhe dá prazer. Só após várias "partes" de refeições com colher, o novo alimento pode ser dado no início da refeição. Cada novo tipo de alimento, deve ser oferecido inicialmente, com intervalos de 1 a 2 semanas; após os 2 ou 3 primeiros alimentos serem bem tolerados, pode reduzir o tempo de intervalo para 4 a 7 dias, mas nunca misturar, para se poder identificar alergias alimentares (Wong, 1999).

Os novos alimentos são oferecidos em pequenas quantidades, desde uma colher das de chá até uma ou duas das de sopa. À medida que a quantidade de alimento "sólido" aumenta, a quantidade de leite deve diminuir para menos de 1 litro/dia, para evitar alimentação excessiva.

Entretanto, o lactente começa a querer comer sozinho; aos quinze meses ele já quer usar a colher, mas roda-a junto à boca e os alimentos caem. Podem ser dados à criança alimentos que possam ser comidos à mão como fruta, ou vegetais macios, que ela vai amassar e espremer. Apesar deste comportamento ser típico é necessário à aprendizagem, ele pode ser incómodo para os pais pois fica todo sujo (Wong, 1999).



**Figura n.º 20: Infante comendo à mão**

Deve ser aconselhado aos pais alimentar a criança num local facilmente lavável, afastado de cortinas e móveis. O vestuário deve ser facilmente removível e lavável e protegido por um babete. As crianças não devem ser pressionadas a comer com "etiqueta" antes que as habilidades de manipulação sejam adquiridas (Wong, 1999).

### Prevenção da obesidade

A obesidade é um distúrbio alimentar com consequências nefastas na saúde das pessoas; esta doença pode originar Hipertensão Arterial, Colesterolémia, doenças cardiovasculares, diabetes, entre outros distúrbios. Por este motivo, a partir da primeira alimentação do lactente, os pais devem prevenir a obesidade tentando, não só, regular a quantidade de alimentos ingerida mas, também a sua qualidade.

Não deve ser imposto à criança a ingestão de alimentos, até à última gota/pedaço. Os pais podem interpretar erradamente o choro da criança e alimentá-la quando a sua necessidade é outra. Pais jovens e inexperientes, podem oferecer comida ao seu filho como uma solução para as necessidades não satisfeitas que eles não compreendem (Wong, 1999).

Segundo Wong, (1999), os hábitos alimentares são controlados pelo fundamento sociocultural da família em vez de pelos seus conhecimentos acerca de uma nutrição equilibrada e saudável. É comum o mito "bebé gordo é um bebé saudável".

A mesma autora refere que, a sobrealimentação em leite é um problema em que diversas estratégias podem ser empregues para a sua correcção: diminuir a concentração do leite ou usar uma tetina com um orifício menor, diminuindo a ingestão por prolongamento do tempo de sucção. Note-se que o objectivo não é que a criança perca peso mas, que aumente de peso mais lentamente, em proporção à altura.

No que respeita à diversificação de alimentos, as estratégias passam por:

- Preferir alimentos naturais em vez de boiões pois, estes têm adição de açúcar;
- Alimentos adocicados devem ser evitados, por exemplo os biscoitos;
- Alimentos ricos em calorias como a manteiga, os cremes, os sorvetes, pudins e chocolate de leite, segundo Wong (1999), devem ser restringidos em tamanho e quantidade mas, não eliminados.



Os pais devem ser aconselhados a intervir de modo diferente quando a criança mostra desconforto: pegá-la ao colo, dar-lhe a chucha ou um brinquedo, antes de a alimentar (Wong, 1999). Por outro lado, os pais devem ser incentivados a, também eles seguirem uma alimentação saudável, preferindo os grelhados e estufados aos fritos, evitando as gorduras e doces, escolhendo as frutas, os legumes e os vegetais. Os bons hábitos alimentares dos pais, serão transmitidos aos filhos (Equipa de Pediatria do Hospital de Santa Maria).

### **Desmame**

O desmame refere-se ao abandono da amamentação ao seio ou biberão e, à introdução do uso do copo. Wong (1999), considera que, nas sociedades ocidentais esta é, geralmente, considerada uma tarefa importante e observada como potencialmente dramática. O desmame é importante ao nível fisiológico por exigir que a criança abandone uma fonte de gratificação e prazer oral.

A mesma autora refere não existir nenhum momento preciso para o desmame, no entanto, a maioria dos lactentes, revela aptidão para tal durante a segunda metade do primeiro ano: aumenta o seu desejo de liberdade e movimento, querem ficar menos ao colo para serem alimentadas, adquirem maior controlo das suas acções e podem, facilmente, levar um copo aos lábios. Por outro lado, a sua tendência imitativa, leva-os a querer usar o copo, como os adultos.

Um princípio tem de ser respeitado: o desmame tem de ser gradual, havendo uma substituição progressiva do uso de biberão ou da amamentação.



Figura n.º 21: Desmame- utilização do copo.

### Suplementos

Quanto aos suplementos e à luz dos conhecimentos actuais, segundo Gonçalves [et al.] (2001) é apenas recomendado, por rotina:

- a suplementação em vitamina K (nas primeiras 6 horas de vida);
- vitamina D (dos 15 dias a 1 mês de idade até aos 12 a 25 meses de idade);
- sendo discutível a suplementação em vitamina C.

Devemos ter em conta que a utilização de **suplementos vitamínicos e minerais** devem ser tidos em conta como um **gesto terapêutico**, portanto não inócuo, com doses adaptadas e com limites mínimos e máximos, como em qualquer prescrição terapêutica.

É de **realçar a importância de estimular uma alimentação equilibrada** desde o nascimento, indo desde o aleitamento materno até à diversificação alimentar. Os suplementos não são substitutos dos alimentos.

As vitaminas devem ser administradas antes do início da tarde, uma vez que podem estimular as crianças.

## Vitamina D

- tem funções importantes na regulação do cálcio e fósforo;
- a sua concentração no leite materno é baixa, entre 20 a 80 UI/l, em especial as mães pouco expostas à luz solar e mal nutridas;
- os leites adaptados são enriquecidos com vitamina D, recebendo 40 UI em 100 ml de leite;

**Dose recomendada** varia de acordo com a exposição solar, se há déficit de vitamina D ou cálcio (segundo Garabédian, citado por Gonçalves [et al.], 2001). Assim o esquema recomendado é o seguinte:

**Tabela n.º12 - Doses recomendadas de vitamina D**

	<b>Dose recomendada</b>	<b>Início</b>	<b>Duração</b>
Rn termo	400 a 600 UI/dia	1 mês	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Até 12 meses, se completa 1 ano no Verão.</li> <li>↳ Até 15 meses, se completa 1 ano no Inverno.</li> <li>↳ Entre 1 a 3 anos, suplementação nos meses de Inverno.</li> </ul>
Prematuro	1000 a 1200 UI/dia	15 dias	Idem

**Fonte:** Adaptado de Gonçalves [et al.], 2001, p. 8

## Vitamina C

- a suplementação desta é controversa;
- apenas existe no nosso corpo se ingerida;
- o leite materno tem a quantidade suficiente, entre 30 a 50 mg/l, habitualmente, o que permite cobrir as necessidades da criança mesmo durante o aleitamento materno exclusivo, desde que a mãe não tenha carência desta vitamina;
- os leites adaptados são enriquecidos com esta vitamina.



- No entanto, há autores que acham conveniente o suplemento de vitamina C (30 a 35 mg/dia) a partir do 1 a 2 meses de vida, até que a diversificação alimentar garanta um aporte adequado. No entanto, segundo a Academia Americana de Pediatria (citado por Gonçalves [et al.], 2001, p.10) "uma criança saudável não necessita de suplemento em vitamina C, uma vez que tanto o leite materno como os leites artificiais são enriquecidos nesta vitamina"

### 5.9 Higiene na criança

Os cuidados de higiene são outro aspecto a contemplar na assistência à criança para a contribuição do seu bem-estar e conforto.

O banho ao recém - nascido é um ponto polémico uma vez que, a opinião dos autores e a filosofia seguida nas maternidades não são unânimes. Há quem defenda o banho de imersão desde o nascimento; há quem contraponha com a opinião do banho parcial até à queda do coto umbilical, para evitar infecções.

Segundo alguns autores, o momento mais adequado para o banho do recém - nascido é nas últimas horas do dia e antes da mamada pois, o banho é relaxante e irá ajudar na indução do sono.

#### **Banho do recém - nascido:**

A técnica do banho ao recém - nascido é, à partida, demonstrada na maternidade. No entanto, podem surgir algumas dúvidas aos pais após a alta pelo que, nos parece pertinente reforçar aqui essa informação.

→ Objectivos do banho:

- Preservar a integridade da pele;
- Eliminar microorganismos evitando infecções;
- Proporcionar comodidade e limpeza, a qual contribuirá para a indução do sono e repouso.



## UCSP BURACA

→ Material necessário para o banho:

- Almofada de espuma impermeável, para pousar o bebé;
- Banheira de bebé;
- Ampola de água destilada ou soro fisiológico e compressas esterilizadas, para a limpeza dos olhos;
- Luva ou esponja de banho;
- Escova/ pente para o cabelo;
- Toalha;
- Roupa limpa e fralda.
- Álcool a 70% para desinfeção do coto umbilical ou da cicatriz uns dias após a queda do coto.

→ Aspectos a contemplar na preparação do banho:

- Preparação do ambiente: local aquecido e sem correntes de ar;
- A temperatura da água deve ser avaliada e não deve exceder os 37 - 38°C;
- Todo o material deve estar preparado previamente para que a criança não seja deixada sozinha, nem perder calor, por faltar alguma peça de roupa após o banho; a roupa deve ser disposta pela ordem em que vai ser vestida.
- Este pode ser um momento privilegiado para brincar e estimular a criança bem como, para trocar afectos.

→ Técnica do banho

- Preparação do ambiente, material e verificação da temperatura da água; deste modo evita-se a exposição da criança a variações de temperatura, facilita-se o procedimento e evita-se queimaduras;
- Lavar as mãos para evitar contaminação;
- Colocar a criança em decúbito dorsal sobre a almofada de espuma impermeável para lhe retirar a roupa;



## UCSP BURACA

- Retirar a roupa ao bebé, deixando-lhe a camisa interior e a fralda. Nesta altura, começa-se por limpar os olhos do bebé com as compressas esterilizadas embebidas em soro, realizando um movimento do canto externo para o interno do olho (ou vice versa, indo sempre do mais limpo para o mais sujo para que não haja contaminação). Usar uma compressa para cada olho e passar uma só vez;
- Seguidamente, o rosto é lavado com a luva/esponja húmida e é seco de imediato. Para limpar os pavilhões auriculares e as narinas, usar uma compressa e nunca cotonetes pois, o uso destas pode provocar perfurações;
- Lavar a cabeça e o pescoço e secá-los bem; deve evitar-se a entrada de água nos ouvidos: a permanência de humidade nos ouvidos pode ser propícia ao desenvolvimento de microorganismos;
- Retirar a camisa interior e a fralda. Verificar se a região perianal está suja com fezes. Caso isto se verifique, deve-se efectuar uma limpeza sumária com um toalhete para não sujar a água do banho;
- Colocar a criança na banheira, mantendo o tórax elevado;
- Conversar com a criança ao longo do banho, estimulando-a;
- Lavar a parte anterior do tronco, inclusive os órgãos genitais. No menino deve-se retrair ligeiramente o prepúcio com cuidado e fazer a higiene da glândula, repondo o prepúcio posteriormente; na rapariga, deve-se afastar os grandes lábios e efectuar a limpeza no sentido antero - posterior, evitando, com esta acção, a contaminação da vagina com microorganismos que habitualmente habitam o intestino grosso; lavar aos membros, não esquecendo os espaços interdigitais;
- Depois vira-se a criança para decúbito ventral, mantendo o tronco elevado, lavando, então, a área posterior deste;
- Retirar a criança da banheira e colocá-la sobre a toalha; secar bem, sem esfregar o corpo com especial atenção para as pregas cutâneas (pescoço, virilhas, axilas) e espaços interdigitais;
- Pode aplicar-se um creme hidratante evitando as mãos pois os bebés colocam-nas na boca com frequência;

- Colocar a fralda;
- Vestir a criança, iniciando pela parte superior do corpo, tendo o cuidado de a manter o mais coberta possível para evitar a perda de calor.

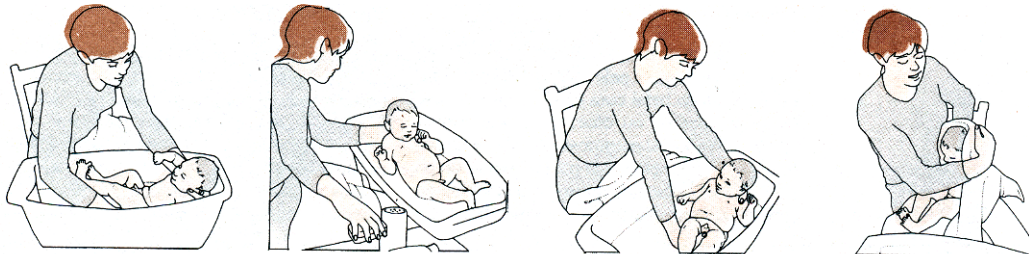


Figura n.º 22: Banho do Lactente

### Cuidados a ter com as roupas do bebé.

A pele das crianças é muito sensível a alérgenos, irritando-se facilmente, por isso a lavagem das suas roupas implica alguma atenção especial.

As roupas do bebé devem ser lavadas em separado durante os primeiros meses. Para tal deve ser usado sabão neutro ou pouco detergente e, estes devem ser removidos na totalidade. Não devem ser usados lixívia ou amaciadores muito perfumados pois, estes podem provocar alergias e irritação cutânea (Martins, 2000).

As roupas devem ser passadas a ferro, não só por uma questão de estética mas, por uma questão de higiene. O calor do ferro "esteriliza" a roupa que, por secar ao ar livre, pode estar contaminada por insectos e poluição. Não devem ser usados produtos que facilitam a passagem a ferro nem gomas, os primeiros são químicos que podem causar alergias e irritar a pele, as segundas porque deixam a roupa mais dura e desconfortável (Martins, 2000).

### Cuidados ao coto umbilical

O objectivo deste procedimento é prevenir a infecção do coto umbilical e acelerar o processo de cicatrização.



## UCSP BURACA

O coto umbilical, entra num processo de necrose e, geralmente cai ao fim de 8 dias após o nascimento. Ao longo deste período devem ser efectuados cuidados de higiene aproximadamente 3 vezes ao dia ou, sempre que se muda a fralda se houver contaminação do coto com excreções.

→ Material necessário:

- Compressas;
- Álcool a 70%.

→ Procedimento:

- Lavar as mãos, para prevenir a contaminação;
- Reunir o material necessário;
- Descobrir o abdómen da criança e observar o aspecto do coto: presença de secreções ou hemorragia, hiperémia na região peri - umbilical. Por vezes pode-se verificar pequenas perdas de sangue, se estas forem em grande quantidade pode revelar que a laqueação do cordão foi deficiente;
- Segurar o coto pela pinça de laqueação e efectuar a desinfecção em toda a sua extensão, evitando que o excesso de álcool escorra para o abdómen pois, a pele do recém - nascido é muito sensível e, o álcool pode secá-la intensamente e ser absorvido entrando na circulação;
- Deixar o coto secar ao ar pois esta atitude facilita a cicatrização;
- Colocar uma compressa seca por baixo da pinça para evitar que esta macere a pele do abdómen.

### **Higiene oral e saúde dentária:**

Como já foi anteriormente referido, os primeiros dentes surgem por volta dos 6 - 7 meses de idade embora haja excepções, podendo haver erupção mais cedo ou mais tarde.



## UCSP BURACA

Logo, nesta fase deve ser iniciada a prática de higiene oral, para prevenir infecções peridentais e cáries.

Inicialmente, os dentes e gengivas devem ser limpos utilizando um pano húmido pois, a escovagem é muito agressiva para as gengivas (Wong, 1999). Existem também umas dedeiras enriquecidas com flúor à venda nas farmácias e de prática utilização.

A higiene oral pode tornar-se agradável quando, durante a sua realização, se conta uma história ou conversa com a criança. Deve-se usar apenas água, pois a criança ainda não consegue expelir o dentífrico, só os pré-escolares o começam a fazer.

A saúde dentária depende, não só da higiene oral frequente mas, também, de alguns cuidados alimentares: evitar alimentos açucarados.

### **Eritema das fraldas e dermatite seborreica**

Estes desconfortos relacionam-se com as características da pele do bebé:

- Pele muito frágil;
- A secreção sebácea apresenta-se excessiva, como é possível observar pelo aspecto brilhante da pele;
- A epiderme é muito fina e sensível a agressões frequentes por agentes físicos e infecciosos, nomeadamente a nível das nádegas (LESAGE).

O conhecimento de todos estes factores é suficiente para que se compreenda a necessidade de uma prevenção rigorosa, tanto mais que esta é simples de fazer.

Segundo LESAGE, o eritema das fraldas é causado pela maceração por excrementos, das nádegas da criança, cuja epiderme é frágil. O contacto das fezes com a pele, devido às fraldas e, em particular, as descartáveis que são boas pois impedem que a criança se suje mas, também que a pele respire, criando um ambiente húmido, irritativo e ideal para a proliferação de microorganismos. O eritema pode-se estender das nádegas até à púbis, face interna das coxas e virilhas.

→ Atitude Preventiva:

- Mudar de fralda com frequência, se possível a cada mamada;
- Lavar a região em questão, com água morna e sabão neutro, secando-a cuidadosamente;
- Deixar esta região estar ao ar tanto tempo quanto possível;
- Se possível, usar fraldas de algodão, lavando-as com sabão neutro (tal como as roupas do bebê);
- Evitar as fraldas e cuecas plásticas, pós e pomadas gordas, pois estas favorecem a maceração (LESAGE).
- Evitar o uso constante de toalhetas uma vez que estas contêm álcool na sua composição, o que contribui para que a pele do bebê fique mais seca e predisposta a lesões.

No que respeita à dermatite seborreica, esta pode surgir inicialmente nas pregas cutâneas, nas nádegas e couro cabeludo. Neste último caso, surgem umas crostas por vezes apelidadas por "crostas de leite". Pensa-se que estas se devam à secreção das glândulas sebáceas e sudoríparas, que apresentam secreção excessiva nos primeiros 2-3 meses de vida (LESAGE).

→ Atitude Preventiva:

A prevenção desta situação passa, igualmente, pela higiene e a utilização de sabão neutro. Além disso, na prática clínica à profissionais que defendem a ideia de que, a aplicação de leite materno nas lesões, favorece a sua regressão.

## 5.10 Prevenção de acidentes

Segundo a OMS, acidente é:

*"Um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mortal".*



Segundo Cordeiro e Menezes (1999), após os 6 meses de idade, o risco maior para a saúde e bem-estar das crianças e jovens, são os acidentes.

### **Acidentes de viação**

Os traumatismos, ferimentos e lesões resultantes de acidentes rodoviários são a maior causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em quase todos os países do mundo desenvolvido.

Infelizmente, Portugal não é exceção. Muito pelo contrário somos, a este respeito, o pior país da União Europeia com taxas de mortalidade equivalentes ao dobro da média europeia. Por cada morte, estima-se ainda que outras 5 crianças ficam incapacitadas permanentemente. São ainda milhares os feridos graves e ligeiros que são todos os anos atendidos nas urgências dos hospitais ([www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt))

Perante esta realidade, a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2001), recomenda:

- Utilizar sempre uma cadeira ou banco aprovado, adequado ao bebé: sua idade e peso e bem instalado;
- A eficácia das cadeiras que se montam voltadas para trás, pode atingir os 90% na prevenção da morte e ferimentos graves. Isto significa que a cadeira pode salvar a vida a 9 em cada 10 crianças;
- Nunca levar a criança solta ou ao colo, mesmo que seja por um pequeno percurso;
- Nunca usar cadeira voltada para a frente antes dos 18 meses de idade pois, o pescoço da criança é demasiado frágil. No entanto, desde 2009 tem-se vindo a discutir a obrigatoriedade do transporte das crianças até aos 4 anos, viradas para trás, como acontece na Escandinávia.
- Nunca colocar uma cadeira voltada para trás num lugar com airbag pois, a explosão deste nas costas da cadeira pode ser mortal para a criança;



## UCSP BURACA

- Nunca por o cinto por baixo do braço, num acidente o abdómen da criança pode ser esmagado;
- Seguir sempre as instruções do fabricante da cadeira de contenção, uma vez que, a cadeira mal presa não protegerá eficazmente a criança;
- Nunca deixar um passageiro viajar sem cinto pois, em caso de acidente, poderá esmagar a criança;
- Não ter objectos soltos no carro, devem estar guardados, uma vez que, num acidente podem tornar-se projecteis mortais;
- Não dar de comer à criança com o carro em andamento, uma simples travagem brusca poderá causar ferimentos.

Se a criança tiver menos de 18 meses, deverá ser transportada numa cadeira adequada para até 13 Kg de peso e voltada para trás. A partir dos 18 meses, podem ser usadas cadeiras aprovadas, até 25 Kg ou 36 Kg de peso. Estas cadeiras já são voltadas para a frente e são presas pelo cinto de segurança do carro. Tais cadeiras evitam que o cinto esmague o abdómen da criança em caso de acidente. As costas da cadeira mantém a posição da criança quando esta adormece, aumentando o conforto e, possui um guia que faz com que o cinto fique bem colocado no ombro (APSI, 2001).

Aos 7 ou 8 anos poderá utilizar apenas o banco elevatório se o cinto de segurança já não incomodar a criança no pescoço, mas pode também continuar a usar a cadeira 9-36 kg ou 15-36 kg se esta for suficientemente alta. ([www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt))

### **A segurança dos brinquedos**

Na realidade, inúmeros brinquedos continuam a não ser seguros e a chumbarem em testes de segurança.

Na União Europeia é obrigatório a utilização do símbolo "CE" como garantia de segurança dos brinquedos. Contudo, nem sempre ele é uma garantia absoluta de segurança, pois a DECO (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor) bem como a Inspeção -



## UCSP BURACA

Geral das Actividades Económicas (IGAE), já detectaram brinquedos portadores deste símbolo que não cumprem as normas de segurança.

Parece, deste modo importante que, os pais estejam informados quanto às características que os brinquedos devem possuir, para os escolher em segurança.

Segundo Wong (1999), os brinquedos devem ter os seguintes requisitos ao serem escolhidos:

- Adaptar-se às habilidades, capacidades e interesses das crianças;
- Deve-se observar o rótulo do brinquedo a fim de ver a que idade é que este se destina;
- Para crianças que ainda colocam brinquedos na boca devem ser escolhidas peças grandes, para evitar o risco de aspiração e sufocação;
- Para lactentes devem ser evitados brinquedos com fios compridos para evitar o risco de estrangulamento;
- Seleccionar brinquedos duráveis que resistam ao bater no chão; verificar se não há perigo de se partir em pequenas partes;
- Os brinquedos devem ser bem leves para não causarem perigo de lesão caso caiam sobre a cabeça da criança;
- Os brinquedos devem ter extremidades lisas e arredondadas;
- Verificar no rótulo se os materiais usados na fabricação dos brinquedos não são tóxicos;
- Evitar brinquedos que produzam ruídos elevados que possam comprometer a audição da criança;
- Evitar brinquedos muito grandes e almofadados;

### **Afogamentos**

Constituem também uma importante causa de morte na infância. Os bebés principalmente, têm a cabeça muito pesada e pouco controlo nesta, tornando-se mais susceptíveis a afogamento mesmo em locais com muito pouca água.

Torna-se muito importante vedar o acesso a reservatórios de água (como piscinas, tanques, poços) e casas de banho.

### A morte súbita no lactente (Síndrome de Morte Súbita do Lactente- SMSL)

→ Poderá prevenir-se o SMSL?

Não existem medidas que possam garantir que esta situação não ocorra. Muitos factores associados à SMSL, estão ligados a condições socioeconómicas e não são facilmente modificáveis. No entanto, alguns "conselhos" podem ser dados (Chantler, 1996):

- Posição durante o sono: os bebés devem ser colocados em decúbito dorsal ou lateral, a não ser, que seja medicamente desaconselhado;
- Tabagismo dos pais: não há dúvida de que a exposição ao tabaco durante a gravidez e após o nascimento, implica um risco aumentado para o SMSL. O risco aumenta com o aumento da exposição;
- Partilha da cama: a criança deve ter a sua própria cama não devendo dormir com adultos, menos ainda se estes forem fumadores ou consumidores de álcool e/ou outras drogas. Não se deve cobrir a cabeça da criança com a roupa da cama.

De seguida as imagens apresentam possíveis riscos de acidentes em locais da casa:



Figura n.º 23: Potenciais locais de risco na cozinha



1. Use barreiras de segurança nas escadas.
2. Proteja a lareira com um quebra-fogo, mas tenha certeza que está bem fixo.
3. Use protetores nas esquinas dos móveis.
4. Redirecione o alcance da criança de todos os objetos decorativos que a podem machucar.
5. Escorra as fitas elétricas para a chão quando os auxiliares.
6. Use limite de res de abertura nas janelas.
7. Certifique-se que as plantas que vivem em casa não são venenosas, nem tóxicas para os animais.

Figura n.º 24: Potenciais locais de risco na sala

1. Use um bloqueador para manter a sanita fechada.
2. Tenha muito cuidado com os aquecedores. Se estiver colocando nas crianças, se a profissional não é sua, não temperá uma hora, ou desligá-los.
3. No banho, deixe correr primeiro a água fria para copiar a água quente.
4. Evite usar produtos químicos na casa de banho.
5. Use um tapete antiderrapante na banheira.
6. Mantenha sempre a porta da casa de banho fechada.
7. Guarde os medicamentos e os produtos de limpeza num sítio alto.

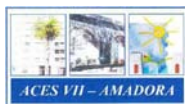


Figura n.º 25: Potenciais locais de risco na casa de banho

Tabela n.º 13 - Prevenção de Acidentes na Infância

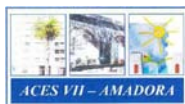
Idade	Aspectos do Desenvolvimento	Principais acidentes	Atitude Preventiva
Nascimento até um mês	<p>Não é capaz de se proteger; em decúbito ventral consegue levantar e virar a cabeça; dependente, necessita de protecção; pouco controlo corporal e de movimentos.</p> <p>Tem reflexos involuntários.</p>	<p>Veículos motorizados</p> <p>Estrangulamento</p> <p>Sufocação e lesões</p> <p>Queimaduras, incluindo queimaduras solares</p>	<p>No carro, usar cadeira com modelo autorizado.</p> <p>Nunca deixar a criança no carro sem supervisão.</p> <p>Não colocar o carrinho da criança atrás de um carro estacionado.</p> <p>O espaço entre as grades da cama, não deve ser superior a 6,5 cm.</p> <p>Evitar colocar fios à volta do pescoço, incluindo chupetas.</p> <p>Prender com segurança os mobiles.</p> <p>O colchão do berço deve ser ajustado firmemente aos lados.</p> <p>Não usar almofadas; usar uma fralda, não ter sacos de plástico perto da criança.</p> <p>Não colocar a criança a dormir na mesma cama que adultos.</p> <p>Segurar a cabeça da criança quando é levantada, no colo ou no banho. Não deixá-la sozinha no banho.</p> <p>Evitar objectos pontiagudos. Nunca deixar a criança sozinha em locais elevados, não esquecer levantar as grades do berço.</p> <p>Não esquecer de colocar a criança a eructar depois das refeições.</p> <p>No banho, evitar a proximidade da torneira de água quente.</p> <p>Testar a temperatura da água antes do banho.</p> <p>Cuidado com o aquecimento do biberão no microondas: testar a temperatura do leite no antebraço.</p> <p>Evitar manusear líquidos quentes e não fumar, enquanto trata da criança.</p> <p>Proteger a criança da exposição directa ao sol e aplicar protector solar.</p> <p>Usar roupa e mobília resistentes ao fogo.</p> <p>Ter detectores de incêndio e extintores em casa.</p> <p>Traçar um plano de emergência, para o caso de incêndio em casa.</p>





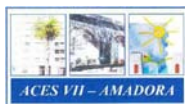
Prevenção de acidentes na infância (continuação)

Idade	Aspectos do desenvolvimento	Principais acidentes	Atitude preventiva
6-7 meses	<p>Senta-se sem apoio;            Agarra-se com segurança; rebola e rasteja.            Apresenta coordenação mão - olho;            Volta a segurar um objecto que caiu</p>	<p>Quedas (da criança e de objectos)</p> <p>Ingestão</p> <p>Choque eléctrico e lesões</p> <p>Aspiração</p>	<p>Usar um cinto seguro na cadeira de rua e na cadeira de refeições.            Usar uma cadeira de refeições robusta.            Manter as portas de acesso a escadas e à rua fechadas; usar cancelas de segurança.            Evitar o uso de toalhas de mesa que fiquem penduradas.            Remover biblots e objectos frágeis facilmente quebráveis.            Manter grades do berço na altura máximo.</p> <p>Manter fora do alcance objectos pequenos, remédios e plantas.            Ter o número de telefone do centro de envenenamentos afixado.            Fechar em armários altos os remédios, detergentes, insecticidas, etc.            Manter o caixote do lixo fora do alcance, ou usar um fecho na tampa.            Assegurar-se de que a tinta dos brinquedos e móveis não contém chumbo.</p> <p>Tapar todas as tomadas.            Colocar a mobília de modo a que os fios não fiquem acessíveis.            Verificar se os móveis têm arestas - encobrir ou remover.            Verificar se os brinquedos são inquebráveis.            Manter os objectos pontiagudos fora de alcance.</p> <p>Mesmos cuidados que na faixa etária anterior.</p>



## Prevenção de acidentes na infância (continuação)

Idade	Aspectos do desenvolvimento	Principais acidentes	Atitude preventiva
8-12 meses	Põe-se em pé; gatinha. Agarra; começa a andar; Gosta de explorar. Puxa objectos	Queimaduras  Engasgamento/sufocação  Quedas  Acidentes em veículos motorizados	Gatinha pela casa e investiga o que encontra ou alcança. Manter todos os alimentos e bebidas quentes longe dos bordos da mesa; no fogão, virar as pegas das panelas para dentro. Manter os fósforos e isqueiros fora de alcance. Manter a porta da cozinha fechada, ou com uma cancela. Nunca deixar a criança sem supervisão, perto do fogão ou da lareira. Colocar protecções à volta de lareiras abertas, registos, fogões e ventiladores. Não passar a ferro quando a criança está a gatinhar perto.  Não dar alimentos pequenos e duros, tais como amendoins, pipocas, vegetais de roer. Inspeccionar se os brinquedos têm peças partidas. Manter o chão, balcões e mesas sem objectos pequenos. Manter portas de fogões, frigoríficos e máquina de lavar fechadas. Colocar grades em piscinas e outros depósitos de água  Colocar protecções nas extremidades das escadas; Usar vestuário e sapatos adequados ao tamanho da criança e solas anti - derrapantes; evitar usar "aranhas"; Verificar se os móveis são suficientemente pesados para que a criança se segure para se colocar de pé.  Continuar a utilizar a cadeira no carro. Manter as portas fechadas.



Prevenção de acidentes de infância (continuação)

Idade	Aspectos do desenvolvimento	Principais acidentes	Atitude preventiva
8-12 meses		Envenenamento	Ver discussão anterior
1-2 anos	Sobe e desce as escadas; Curva-se e levanta-se; Trepca; gosta de colocar os objectos em separado.	Quedas e lesões          Queimaduras	Supervisionar as crianças na maioria das actividades, especialmente a subir e descer escadas, fora de casa e nos parques infantis. Fechar todas as janelas; quando for necessário, abri-las apenas na parte superior. Retirar todos os objectos ou mobília que possa ser utilizado pela criança como escadote. Permitir que a criança trepe de acordo com as suas capacidades. Retirar as protecções laterais da cama ou brinquedos que a criança possa utilizar para trepar. Verificar se os brinquedos estão danificados, em especial os de montar. Manter fora do alcance os objectos pequenos, pontiagudos ou com ângulos pronunciados. Manter a criança afastada do trajecto dos baloiços.  Ensinar à criança o significado de <i>quente</i> . Evitar o uso de roupa larga e esvoaçante. Continuar os cuidados da idade anterior

Prevenção de acidentes na infância (continuação)

Idade	Aspectos do desenvolvimento	Principais acidentes	Atitude preventiva
1-2 anos		<p>Afogamento</p> <p>Acidentes relacionados com automóveis</p> <p>Ingestão e envenenamento</p>	<p>Continuar a supervisionar o banho e o uso da casa de banho. Supervisionar todas as actividades desportivas aquáticas, p. Ex: piscinas com pé, natação, andar de barco; utilizar braçadeiras ou coletes salva-vidas. Ensinar a criança a respeitar a água e procurar lições de natação.</p> <p>Continuar a utilizar cadeiras próprias para carros. Manter as portas e janelas fechadas. Não permitir que a criança ponha a cabeça fora das janelas. Agarrar a criança ao atravessar as ruas ou nos parques de estacionamento. Não permitir que a criança brinque perto de estradas.</p> <p>Manter medicamentos e produtos tóxicos fora do alcance da criança. Não dar medicamentos como guloseima. Ter sempre à mão o número de urgência (112) e o número do CIAV (21 795 01 43).</p>

Fonte: Adaptado de Stanhope (1999), p. 1111-1112.

### 5.11 Sono

O sono pela sua função protectora permite a reparação e recuperação dos tecidos, tendo também grande importância no desenvolvimento harmonioso da criança.

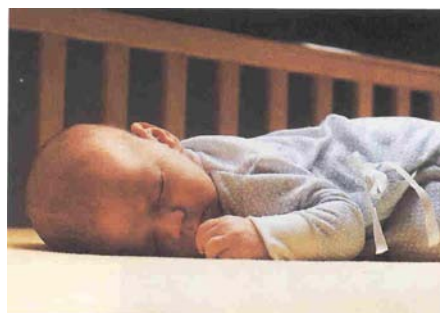


Figura n.º 26: Sono do lactente

Segundo Borges [et al.] (2000), durante o sono há **duas fases** que se vão alternando, constituindo os ciclos de sono:

- **Fase não REM** - corresponde ao sono sem movimentos oculares rápidos, que se divide em quatro estádios desde o sono ligeiro até ao sono profundo.
- **Fase REM** - é caracterizada por presença de movimentos oculares rápidos. Segundo Bolander (1998) pensa-se que este sono está relacionado com o equilíbrio emocional e mental.

Tal como nos aspectos relativos ao desenvolvimento, no sono existe uma ampla variação entre as crianças, no que respeita à quantidade e distribuição deste. À medida que as crianças crescem e se desenvolvem há alterações no tempo total que despendem com o sono. O tempo despendido no sono profundo e restaurador aumenta 50% na fase de lactente e 80% na criança com mais idade, (Wong, 1999).

#### Os recém-nascidos:

- segundo Brazelton e Cramer (1993) o sono é essencial para o desenvolvimento da criança e maturação cerebral;
- começam com um **esquema de sono e vigília**, nos primeiros dias (2/3), sendo comum que durmam quase constantemente de forma a recuperarem do exaustivo processo de nascimento;



## UCSP BURACA

- o período de sono e actividade são muito influenciados pelo ambiente que rodeia a criança, logo, este deve proporcionar segurança;
- em **média o recém-nascido dorme** cerca de 16 horas por dia, em que 4 a 5 horas são de sono regular, 12 a 15 de sono irregular, com pequenos períodos de alerta de 7 a 10 minutos que podem corresponder a um período de 1 a 4 horas por dia e períodos de sonolência com duração variável (Wong, 1999).

Segundo o mesmo autor, os **lactentes**:

- quanto à **alternância vigília - sono** é natural e frequente nos primeiros tempos, evoluindo progressivamente para um ritmo de vigília diurno e sono nocturno;
- a grande maioria, por volta dos 3 a 4 meses, já desenvolveram um **padrão nocturno** de sono, que pode durar em média entre 9 a 11 horas;
- o período total de **horas por dia de sono** é em média 15 horas, uma vez que dormem durante o dia;
- o **número de sestas varia**, estabelecendo-se para o final do primeiro ano uma ou duas sestas diárias;
- de uma maneira geral, considera-se que uma **criança dorme bem** quando é activa nos períodos de vigília e o seu desenvolvimento e crescimento é o esperado.

Um dos **problemas que pode afectar o sono**, de ordem fisiológica são as **cólicas**, muitas vezes estando relacionadas com uma rápida ingestão de alimentos, ingestão excessiva de leite ou deglutição de ar, devido a técnicas incorrectas de posicionamento da criança, do stress que afecta a relação pais e criança, etc., no entanto não há evidência que um destes factores seja consistentemente presente (Wong, 1999).

No entanto quando há um problema de sono é **essencial uma avaliação cuidadosa** de forma o possibilitar ao **enfermeiro orientar os pais**, de acordo com a situação. Por isso são essenciais questões sobre (Wong, 1999):

- a frequência;



- duração dos períodos de vigília;
- rotina do dormir;
- número de refeições durante a noite;
- como os pais percebem o problema;
- quais as intervenções tentadas;
- averiguar causas como cólicas e outras situações de desconforto, etc.

Antes de passarmos às intervenções, devemos saber distinguir conceitos como:

- **pesadelos** - sonhos angustiantes seguidos de um acordar pleno, que necessitam de intervenção como a tranquilização da criança;
- **terrores nocturnos** - despertar parcial após sono profundo e sem sonhos, não necessitando de intervenção específica, sendo uma boa conduta permanecer sem envolvimento deixando a criança adormecer (Wong, 1999).

Por forma a orientar os pais, algumas **intervenções** podem ser realizadas, como:

- deixar a criança chorar até adormecer;
- como forma menos agressiva, deixar chorar por intervalos cada vez maiores seguido de intervenções breves dos pais, que devem consistir na tranquilização da criança;
- não devem segurar ao colo ou usar o biberão ou chupeta de forma a calar a criança.

A melhor forma de **prevenir** estes problemas consiste numa intervenção por parte dos pais em estabelecer, desde cedo:

- uma **rotina** para dormir, como vestir o pijama, deitá-los à mesma hora, após um banho relaxante, contar uma história, etc.;
- devem colocá-los na própria cama acordados, de forma a que quando acordem reconheçam o ambiente;
- não devem habituar a criança a adormecer ao colo ou na cama dos pais;
- se tiver medo do escuro, uma luz de presença pode resolver o problema;

- quanto à alimentação devem aumentar os intervalos das refeições durante o período diurno e dar a última o mais tarde possível;
- por volta dos 6 a 12 meses podem acordar abruptamente durante o sono ou ser acompanhado de pesadelos, esta é uma fase de transição, em que se deve vigiar a criança e tranquilizá-la, no entanto mantendo a mesma rotina do dormir;
- quando a criança resiste em ir para a cama, os pais devem insistir na manutenção da rotina.

Durante o **segundo ano de vida** a quantidade de sono total diminui um pouco, para cerca de 12 horas diárias, a maioria das crianças faz uma sesta durante o dia. No final do segundo ano e terceiro ano muitas acabam por abandonar este hábito.

Nesta idade, **os problemas mais comuns de sono** consiste na recusa em querer dormir e querer manter-se acordado. A **intervenção dos pais** pode passar por manter os rituais do deitar e proporcionar à criança os objectos de transição, que podem contribuir para a diminuição do sentimento de insegurança.

### 5.11. Sucção não nutritiva (chupeta e dedo)

A **sucção** é um dos principais prazeres do lactente, consistindo numa necessidade forte que lhe permite alimentar-se e adquirir as calorias de que necessita para sobreviver e se desenvolver, por outro lado, funciona como um comportamento de gratificação que o consola e o satisfaz.



Figura n.º 27: "Chuchar" no dedo

Quanto às **desvantagens** da chupeta:

- há autores que referem que pode afectar negativamente a amamentação, uma vez que pode reduzir a intensidade de estimulação do mamilo, levando, conseqüentemente, há diminuição da produção de leite;



## UCSP BURACA

- quanto às crianças alimentadas por biberão, pode haver interferência: o facto de chuchar na chupeta, como não lhe dá alimento, pode desmotivar a criança;
- a chupeta pode constituir um veículo de transmissão de microorganismos.
- tanto a chupeta como a sucção do dedo podem causar problemas dentários, no entanto as opiniões são divergentes, alguns autores, como CARVALHO (1999), considera que pode propiciar malformações dentárias o que justifica a sua interdição precoce, outros defendem que não há efeitos a longo prazo se a criança não usar chupeta após os 5 anos, uma vez que o espaço que surge entre os incisivos regride sem tratamento activo.

Quanto às **vantagens**, segundo CARVALHO (1999):

- a chupeta exerce menos pressão nos dentes que o dedo, causando assim um menor trespassse vertical;
- o uso da chupeta pode ser controlado pelos pais decidindo quando a criança a deve deixar de usar, o que não se verifica se chuchar no dedo.

**Os pais devem saber:**

- que a chupeta não é uma imagem de marca da criança ;
- a chupeta pode não constituir a melhor maneira de a adormecer ou acalmar a criança;
- é importante que os pais percebam que a criança chora para poder comunicar (porque tem fome, sono, necessita de atenção, dor, etc.) portanto, não parece correcto que quando a criança chora lhe coloquem a chupeta na boca sem antes perceber o que a perturba, por outro lado, não lhe resolve o problema, podendo levar a criança a sentir que só querem que fique calada;
- o que é prejudicial, com unanimidade de todos os especialistas, é o facto de, algumas pessoas, revestirem a chupeta de substâncias açucaradas podendo causar cáries dentárias e, com especial atenção para o mel que pode aumentar o risco de transmissão do botulismo;



## UCSP BURACA

- que a escolha da chupeta deve ser de acordo com as normas de segurança;
- o acto de chuchar no dedo pode prevalecer até 18 a 20 meses de idade, podendo aumentar a sua incidência quando a criança tem fome ou está cansada;
- que o acto permanente de chuchar no dedo, numa criança apática, indiferente pode ser motivo de uma investigação mais profunda (Wong, 1999).

Para **reduzir a dependência da sucção da chupeta ou dedo**, apesar de a forma de actuação não estar estabelecida, pode-se seguir algumas orientações:

- o prazer da sucção pode ser aumentado se se prolongar o tempo das refeições se amamentado a biberão, diminuindo o orifício da tetina;
- não devem recorrer à chupeta para acalmar a criança, de forma excessiva;
- falar com a criança, encorajando-a deixar a chupeta por já ser crescida;
- incentivar a criança propondo-lhe trocar a chupeta por outro objecto, por exemplo um brinquedo;
- pode-se tentar que a criança passe sem ela durante a hora da sesta e ir progredindo gradualmente para outras situações;
- retirar a chupeta depois da criança adormecer pode contribuir para diminuir o seu interesse quando acorda;
- acarinhar a criança quando estiver triste ou cansada evitando que esta procure o consolo da chupeta;
- nunca se deve forçar a criança a deixar a chupeta por meio de castigos ou humilhações, de forma a que a criança ultrapasse a situação sem traumas e conflitos.

### 5. 13 Conduta face a sinais e sintomas mais comuns

No recém - nascido e criança pequena, é frequente surgirem alguns problemas de saúde como vómitos, diarreia, cólicas e infecções respiratórias. Esta frequência prende-se com a imaturidade dos sistemas e a grande proximidade entre



estruturas o que leva uma fácil progressão de microorganismos de umas para outras.

## Febre

→ Atitudes perante a febre

- não hiper-agasalhar, usar vestuário ligeiro, mas não despir, sobretudo se tiver ambiente frio;
- Pode-se dar um banho com água tépida,
- Manter a temperatura ambiente agradável e fresca;
- Oferecer líquidos com abundância pois a febre implica maior perda de líquidos;
- Tentar que a criança repouse para diminuir a produção de calor;
- Dieta adequada (evitar ingestão calórica excessiva e reduzir ingestão proteica pois estes aumentam a produção de calor);
- O médico pode aconselhar a administração de alguns antipiréticos, como o ácido acetil - salicílico ou o paracetamol ambos em doses de 15mg/Kg de 4 em 4 horas ou ainda, o ibuprofeno, 5mg/Kg de 6 em 6 horas ou quando necessário. Estes fármacos serão, à partida, receitados sob a forma de supositórios.

→ E se ocorrerem convulsões febris?

Segundo Cordeiro (1997), se a criança entrar em convulsões febris deve-se:

- Não entrar em pânico;
- Deitar a criança em decúbito ventral ou lateral direito;
- Não lhe dar nada a comer ou beber;
- Evitar mordedura a língua introduzindo um lenço de pano enrolado entre os maxilares (embora esta seja uma atitude controversa);
- Manter-se perto tentando proteger de lesões;

- Tentar baixar a temperatura;
- Levar a criança ao hospital.

### **Vómitos e Regurgitação**

→ Atitude perante os vómitos:

- Não esquecer de realizar manobra de EPSTEIN no final da refeição, mantendo a criança em posição vertical durante alguns minutos;
- Ao deitar a criança, colocá-la em decúbito lateral, ou dorsal com uma manta por baixo do colchão para que a criança fique em semi-fowler;
- Preparar o leite artificial de acordo com as indicações;
- Não forçar a criança a comer a totalidade da refeição;
- Aumentar a consistência dos alimentos;
- Levar ao médico para descobrir a causa (se os vómitos forem habituais) para que esta seja tratada.

### **Diarreia**

→ Atitude perante a diarreia:

O tratamento deve basear-se fundamentalmente na re - hidratação:

- Administrar soro de re - hidratação oral disponível nas farmácias;
- Administrar alternativa caseira: 1 colher de chá de sal e uma de sobremesa de açúcar dissolvidos num litro de água fervida ou, em alternativa, chá, caldo de cenoura ou de arroz;
- Estes preparados ou o soro devem ser dados à colher ou no biberão, em quantidades pequenas mas frequentemente: de 10 em 10 minutos por exemplo.



## UCSP BURACA

- Estudos efectuados nos últimos anos revelam que, não é necessária pausa alimentar a menos que a criança tenha vômitos e grande quebra no seu estado geral;
- Vigiar sinais de desidratação;
- Levar a criança ao serviço de saúde se os sinais de desidratação estiverem presentes e se a diarreia persistir por mais de 48 horas.

### **Cólicas**

→ Como se detecta:

- Choro intermitente alguns minutos após as refeições, com mais frequência à tarde e à noite;
- Nada parece acalmar a criança;
- Sintomas diários;
- O abdómen apresenta-se distendido e ruidoso;
- A crise inicia-se e termina bruscamente. Quando termina, ocorre muitas vezes, flatulência ou emissão de fezes e o abdómen volta a ficar flexível.

→ Atitude perante as cólicas:

- Colocar o bebé a mamar pois, a sucção acalma e fá-lo engolir ar;
- Embalar a criança e massajar-lhe o abdómen, acalma-a e o movimento ajuda à reabsorção de gases intestinais.
- Segurá-la ao colo em decúbito ventral.

### **Obstrução nasal**



## UCSP BURACA

O recém - nascido e o lactente respiram pelo nariz, o que revela a importância de o manter desobstruído.

→ Atitude perante a obstrução nasal:

- Colocação de soro fisiológico (2 a 3 gotas em cada narina);
- Se notar dificuldade respiratória na criança, esta deve ser levada ao médico;
- Pode-se colocar um toalhão ou um almofada por baixo do colchão da cama da criança de modo a que, ela fique em posição de semi-fowler, o que facilita os movimentos respiratórios;
- Pode ser também recomendado a realização de aerossol ao bebé ou com um aparelho ou com vapor de água no WC.



## 6. CONCLUSÃO

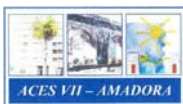
Cada vez mais, os utentes exigem qualidade nos serviços que recebem, logo, insurge-se a importância da existência de uma consciência profissional que contemple a qualidades dos cuidados que são prestados. Assim sendo, o Manual de Procedimentos pretende ser um guia orientador da prática, tentando ajudar os técnicos de saúde, a considerar todos os aspectos que envolvem a pessoa/família que têm perante si.

Dadas as características da nossa sociedade em geral e, as da população utente da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Buraca em particular, compreende-se a necessidade de realização de uma vigilância de saúde efectiva e contínua.

O presente manual, foi realizado com base em pesquisa bibliográfica e experiências práticas e, por isso, o consideramos útil no quotidiano dos Enfermeiros uma vez que, tenta ser uma referência para a realização dos procedimentos, podendo constituir uma base para avaliação e controle dos mesmos.

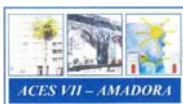
Este Manual aborda assuntos que vão desde as noções de desenvolvimento e crescimento infantil e observação física, a aspectos que se prendem com a satisfação das necessidades da criança, bem como, informação e apoio à família nas suas necessidades e dúvidas; alerta para assuntos como a prevenção de acidentes, refere aspectos relativos ao comportamento e socialização da criança e não esquece os mais comuns e frequentes problemas de saúde.

Esperamos, por isso, que o Manual contribua para o grande objectivo a que se propõe, ou seja, a melhoria da qualidade do atendimento e da vigilância de saúde, às crianças e suas famílias bem como um instrumento de consulta para os profissionais.



## 7. BIBLIOGRAFIA

- **ABC do Recém Nascido.** [S.L]. Edição Pais e Filhos. Vol. I.
- BAILIE, W. T. Dermatite Seborreica na Criança. In **Update**. N.º 53, Junho de 1993. p 28-31.
- BISCAIA, José L. - Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. In: **Qualidade em Saúde**. ISSN: 0874-8772. n.º 0, Junho de 2000. p. 6-10.
- BOAVIDA, José E.; BORGE, Luís. Avaliação do Desenvolvimento. In **Saúde Infantil**. N.º 2, Setembro de 1990. p. 105-107.
- BOLANDER, Veroly B. - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- BORGES, Teresa [et al.]. Hábitos de Sono. In **Saúde Infantil**. N.º 22/1, Abril de 2000. p. 61-68.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. - **A Relação Mais Precoce**. Lisboa: Terramar, 1989. ISBN: 972-710-083-X.
- CABAÇA, Carla.. Acidentes em Casa: não facilite!. In **Pais e Filhos**. N.º 120, Janeiro de 2001. p. 46-49.
- CARVALHO, Ana S. M.. A Chupeta. In **Saúde Infantil**, n.º 21/1, Abril de 1999. p. 77-81.
- CHANTLEL, Shireen . Morte Súbita da Criança: uma actualização. In **Update**. n.º 92, Outubro de 1996. p 20-22.
- CHRISTO, Filipa H. Manuais de Procedimentos para Garantir a Gestão da Qualidade. In **Qualidade em Saúde**. N.º 4, Julho de 2001. p. 5-9.
- CONGRESSO EUROPEU DE PEDIATRIA SOCIAL, Lisboa, 1989. - **Criança em Meio Urbano: Comunicações**. [SL]: European Society for Social Pediatrics, [1991].
- CONSELHO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. - **Recomendações para a Educação Alimentar da População Portuguesa**. Lisboa: Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, 1997. 47 p. ISBN: 972-97364-05.



## UCSP BURACA

- CORDEIRO, Mário. Utilização do Boletim de Saúde Infantil. In **Saúde Infantil**. N.º 2, Setembro de 1990. p. 143-149.
  - CORDEIRO, Mário (1997a) Dossier de Saúde Infantil I. In: **Pais e Filhos**. N.º 72, Janeiro de 1997. p. 21- 32.
  - CORDEIRO, Mário (1997b) Dossier de Saúde Infantil III. In: **Pais e Filhos**. N.º 74, Março 1997. 27-31p.
- CORDEIRO, Mário; [et al] - **Detecção das Perturbações da Visão, da Audição e da Linguagem**: Texto de Apoio n.º 5.- Manter a Criança Saudável (col.). Lisboa: Direcção geral de Cuidados de Saúde Primários: Divisão de Saúde Materno-Infantil, 1990.
- CORDEIRO, Mário; CARVALHO, Maria C. A. (1990a) - **Alimentação da Criança Saudável**: Texto de Apoio n.º 12. - Manter a Criança Saudável (col.). Lisboa: Direcção-geral de Cuidados de Saúde Primários: Divisão de Saúde Materno-Infantil, 1990.
  - CORDEIRO, Mário; CARVALHO, Maria C. A. (1990b) - **Desenvolvimento Psicomotor: alguns aspectos práticos da sua avaliação**: Texto de Apoio 13. - Manter a Criança Saudável (Col.). Lisboa: Direcção- Geral dos Cuidados de Saúde primários, 1990.
  - CORDEIRO, Mário; CARVALHO, Maria C. A. (1990c). - **Febre**: Texto de Apoio 15. - Manter a Criança Saudável (Col.). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde primários, 1990.
  - CORDEIRO, Mário; CARVALHO, Maria C. A. (1990d). - **Diarreia Aguda e Rehidratação**: Texto de Apoio n.º 2. - Manter a Criança Saudável (col.) . Lisboa: Direcção-geral de Cuidados de Saúde Primários: Divisão de Saúde Materno-Infantil, 1990.
  - CORDEIRO, Mário; CARVALHO, Maria C. A. (1990e) - **Risco em Saúde Infantil**: Texto de Apoio n.º 1. Manter a Criança Saudável (col.). Lisboa: Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários: Divisão de Saúde Materno-Infantil, 1990.
  - CORDEIRO, Mário; MENEZES, Helena C. (1999a). - **ABC da Segurança: 2.ª parte**. [S.L.]. Edição Pais e Filhos, 1999.
  - CORDEIRO, Mário; MENEZES, Helena C. (1999b) - **ABC da Segurança: 3.ª parte**. [S.L.]. Edição Pais e Filhos, 1999.



## UCSP BURACA

- COSTA, L. H. [et al.]. - **Quantificação de Factores de Risco em Saúde Infantil**. Lisboa: Fundação da Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1984.
- EQUIPA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA. Lisboa.- **ABC da Nova Pediatria**. [S.L.]. Edição Pais e Filhos. Vol. I.
- EQUIPA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA. Lisboa.- **ABC da Nova Pediatria**. [S.L.]. Edição Pais e Filhos. Vol. II.
- EQUIPA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA. Lisboa.- **ABC da Nova Pediatria**. [S.L.]. Edição Pais e Filhos. Vol. III.
- ESTEVES, Ana. O Despertar da Vinculação. In **Pais e Filhos**. n.º 60, Janeiro 1996. p. 24-26.
- FERREIRA, Pedro Lopes. - A Medição do Estado de Saúde da Criança. In: **Saúde Infantil**. Vol. 14: n.º 2, Dezembro de 1993.
- FREITAS, Fernando; COSTA, S. M. - **Rotinas em Obstetrícia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- GONÇALVES, Paula [et al.]. Suplementos : vitaminas e minerais. In **Saúde Infantil**. N.º 23/1, Abril de 2001. p. 5-15.
- HESBEEN, Walter. - **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.
- INTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE - **Projecto de Manual de Qualidade para Admissão e Encaminhamento de Utentes**. Sete Rios: Instituto da Qualidade em Saúde, 2000.
- JANUÁRIO, Luís. O pai e a nova Legislação da Paternidade. In: **Saúde Infantil**. ISSN: 0874-2820. N.º 22/1, Abril, 2000.p. 82-83.
- JARRÓ, Maria Esperança; [et al.]. - **Urgências em Pediatria e Obstetrícia**. 1ª Ed. FORMASSAU, Coimbra, 1998. ISBN: 972-96680-9-4.
- JEFFRIES, David R. [et al.] - **Formar para a Gestão de Qualidade Total**. 1ª ed. Lisboa: Monitor, 1996. ISBN 972-9413-29-0.



## UCSP BURACA

- JESUS, Fernando S., [et al.]. - **Normas Orientadoras para a Intervenção do Enfermeiro no Programa de Saúde Infantil**. Lisboa: Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Julho, 1996.
- LEIFER, Glória [et al.]. - **Princípios e Técnicas em Enfermagem Pediátrica**. 4ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996.
- LEMOS, Luís. **Situações Agudas Pediátricas em Cuidados de Saúde Primários**. In **Saúde Infantil**. N.º 21/1, Abril de 1999. p. 9-21.
- LESAGE, R. - **A Pediatria no Quotidiano do Clínico Geral**. [S.L.], [s. d.]. 87 p.
- LEVY, Leonor. BERTOLO, Helena - **Manual de Aleitamento Materno- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés**, Lisboa 2008. ISBN: 96436
- MARQUIS, Bessiel, [et al.]. - **Administração e Liderança em Enfermagem - teoria e aplicação**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed ed., 1999. ISBN: 85-7307-496-5.
- McCARTY, N. C. - **Health Promotion and Family**. In: EDELMAN, I.; MANDLE, L. L.- **Health Promotion Throught the Life Space**. St. Louis: The Mosby Company, 1986.
- MOORE, J. G.; HACKER, N. F. - **Fundamentos de Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. ISBN: 85-7307-018-8.
- MUSCARI, Mary E. - **Enfermagem Pediátrica: 2ª Ed**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1998.
- OOM, Paulo. **Os Primeiros Dentes**. In: **Pais e Filhos**. N.º 116, Setembro 2000. p. 27 e 28.
- OSKI, Franck A [et al.]. - **Princípios e Prática de Pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1992. ISBN: 85-277-0230-4.
- PIRES, Basílio. **Boletim de Saúde Infantil**. In **Saúde Infantil**. N.º2, Setembro 1989. p. 113-117.
- PORTUGAL. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. - **Manual de Normas e Procedimentos para o Serviço Central de Esterilização em Estabelecimentos de Saúde**. Lisboa: IGIFS, 2000.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Monitorização da Qualidade dos Centros de Saúde: Critérios de Qualidade Organizacional**. [S.L.]. Direcção Geral de saúde, 1997.



## UCSP BURACA

- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Sistema da Qualidade na Saúde: Melhoria Contínua da qualidade dos cuidados de saúde**. [S.L.]. Direcção Geral de Saúde, 1997.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - **Recomendações aos Centros de Saúde sobre Saúde Infantil: Circular Informativa n.º 11/DCS**. Lisboa: Administração Regional de Saúde LVT, 1998.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde: Administração Regional de Saúde do Centro. - **Enfermagem e Puericultura na Saúde 21**. Viseu: Sub-região de Saúde de Viseu, [2000].
- PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção-Geral de Saúde: Divisão de Doenças Transmissíveis - **Programa Nacional de Vacinação 2006/ Direcção Geral de Saúde**-Nova edição revista - Lisboa:DGS, 2005 - 84p - Orientações Técnicas 10. ISBN 972-675-136-5
- **Saúde Infantil e Jovenil: Programa Tipo de Actuação/ Direcção Geral da Saúde** - 2ª edição Lisboa: - Direcção Geral de Saúde, 2002- 48p ISBN 972-675-084-9
- PRICE, Jean; CLEMENTS, Sylvia. O exame de Saúde Neonatal. In **Update**. N.º 110, Maio 1998. p. 10-18.
- REMOALDO, Paula C. A.. Comportamentos Preventivos dos Pais Relacionados com a Síndrome de Morte Súbita do Lactente. In **Saúde Infantil**. N.º 22/3, Dezembro de 2000. p. 25-31.
- RICHARDSON, Barry A . Evitar as Mortes no Berço. In **Update**. n.º 53, Junho de 1993. p. 32-34.
- SIMÕES, Marta. Baixar a Febre. In **Pais e Filhos**. n.º 118, Novembro de 2000. p. 56-58.
- STANHOPE, Marcia - **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupo, famílias e indivíduos**. 1.ª ed. Port. Lisboa: Lusodidacta, 1999. ISBN 972-8383-05-3.
- VAYER, Pierre; RONCIN, Charles.- **Psicologia Atual e Desenvolvimento da Criança**. São Paulo: Manole Dois, 1990.
- WARREN, Edward. Promoção da Saúde Infantil. In **Update**. n.º110, Maio de 1998. p 20-25.
- WONG, Donna - **Whaley e Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A , 1999.
- [http:// www.cnm.pt](http://www.cnm.pt)



## UCSP BURACA

- <http://www.apsi.org.pt>
- <http://www.UNICEF.pt>
- [http:// www.WHO.com](http://www.WHO.com)
- [http:// www.dgsaúde.pt](http://www.dgsaude.pt)
- [http:// www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- [http:// www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## **Anexos**

## **ANEXO A**

### **Teste de Desenvolvimento de Sheridan**

AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO - TESTE DE SHERIDAN - 1-12 MESES

NOME:

D. NASC.:

IDADE:

PROC. Nº

	4 - 6 SEM.	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dec. Vent. levanta a cabeça</li> <li>— Dec. dorsal postura ass.m. sup. do lado da face em ext.</li> <li>— Tração pelas mãos a cabeça cai.</li> <li>— Sentado dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li>— Suspensão vert. cabeça erecta membros semi flecui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dec. Vent. apoio nos antebraços.</li> <li>— Dec. dorsal postura sim.</li> <li>— Membros c/ mov. ritmados.</li> <li>— Tração pelas mãos, cabeça erecta coluna dorsal direita.</li> <li>— De pé flexõe os joelhos não faz apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dec. Vent. apoia-se nas mãos.</li> <li>— Dec. dorsal - levanta a cabeça M. inf. na vertical dedos flecuidos.</li> <li>— Tração pelas mãos faz força para se sentar.</li> <li>— Mantém-se sentado sem apoio.</li> <li>— De pé faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sentado só e fica 10 a 15 m.</li> <li>— Põe-se de pé com apoio mas não consegueu baixar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Passa de dec. dorsal a sentado.</li> <li>— Tem equilíbrio sentado.</li> <li>— Gatinha.</li> <li>— Põe-se de pé e baixa-se, apoio de duas ou uma mão.</li> </ul>
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Segue uma bola pendente a 20-25 cm 1/4 de circ. (do lado até à linha média)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li>— Segura brevemente a roca e move-a em dir. à face.</li> <li>— Segue uma bola pendente 1/2 circ. e horizontal.</li> <li>— Convergência.</li> <li>— Pestanejo de defesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Tem preensão palmar.</li> <li>— Leva os objectos à boca.</li> <li>— Transfere objectos.</li> <li>— Se o objecto cai esquece-o imediatamente.</li> <li>— Boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Tem preensão e manipulação.</li> <li>— Leva tudo à boca.</li> <li>— Aponta com o indicador.</li> <li>— Tem pinça.</li> <li>— Atrai os objectos ao chão deliberadamente.</li> <li>— Procura o objecto que caiu ao chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Explora com energia os objectos e atrai-os sistematicamente ao chão.</li> <li>— Procura um objecto escondido.</li> <li>— Interesse visual para perto e longe.</li> </ul>
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atende e volta-se geralmente aos sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Segue os sons a 45 cm do ouvido.</li> <li>— Vocaliza sons monossilabos e dissilabos.</li> <li>— Dá gargalhadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atenção rápida para os sons perto e longe.</li> <li>— Localização de sons suas-aves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido.</li> <li>— Repete várias sílabas ou sons do adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa.</li> <li>— Dá pelo nome e volta-se</li> <li>— Jargon.</li> <li>— Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".</li> </ul>
COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Fixa a face da mãe quando o alimenta.</li> <li>— Sorriso presente às 6 sem.</li> <li>— Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sorri.</li> <li>— Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Muito activo, atento e curioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Leva uma bolacha à boca.</li> <li>— Mastiga.</li> <li>— Distingue os familiares dos estranhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Bebe pelo copo com ajuda.</li> <li>— Segura a colher mas não a usa.</li> <li>— Colabora no vestir levantando os braços.</li> <li>— Muito dependente do adulto.</li> <li>— Demonstra afecto.</li> </ul>

## SINAIS DE ALARME

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</li> <li>• Hiper e hipotonicidade na posição de pé</li> <li>• Nunca segue a face humana</li> <li>• Não vira olhos e cabeça para o som (voz humana)</li> <li>• Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não fixa nem segue objectos</li> <li>• Não sorri</li> <li>• Não há qualquer controlo da cabeça</li> <li>• Mãos sempre fechadas)</li> <li>• Membros rígidos em repouso.</li> <li>• Sobressalto ao menor ruído</li> <li>• Chora e grita quando se toca</li> <li>• Pobreza de movimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de controlo da cabeça</li> <li>• Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar</li> <li>• Não olha nem pega qualquer objecto</li> <li>• Assimetrias</li> <li>• Não reage aos sons</li> <li>• Não vocaliza</li> <li>• Desinteresse pelo ambiente</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Estrabismo manifesto e constante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se senta</li> <li>• Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição</li> <li>• Assimetrias</li> <li>• Sem prensão palmar, não leva objectos à boca</li> <li>• Não reage aos sons</li> <li>• Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização</li> <li>• Apático sem relação com familiares</li> <li>• Engasga-se com facilidade</li> <li>• Estrabismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não aguenta o peso nas pernas</li> <li>• Permanece imóvel; não procura mudar de posição</li> <li>• Assimetrias</li> <li>• Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão</li> <li>• Não responde à voz</li> <li>• Não brinca nem estabelece contacto</li> <li>• Não mastiga</li> </ul>

— JARDIM DE INFÂNCIA —

— APOIOS —

— PLANO DE ACÇÃO —

AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO - TESTE DE SHERIDAN - 18 M - 5 ANOS

NOME:

D. NASC.:

IDADE:

PROC. Nº

	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
POSTURA E MOTRICIDADE	<p>—Anda bem.</p> <p>—Apanha brinquedos do chão.</p>	<p>—Corre.</p> <p>—Sobe e desce com os 2 pés no mesmo degrau.</p>	<p>—Equilibra-se momentâneo num pé.</p> <p>—Sobe escadas alternadamente. Desce com os 2 pés no mesmo degrau.</p>	<p>—Fica num pé sem apoio 3 - 5 seg.</p> <p>—Sobe e desce as escadas alternadamente.</p> <p>—Salta num pé.</p>	<p>—Fica num pé 3 - 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax.</p> <p>—Salta alternadamente num pé.</p>
VISÃO E MOTRICIDADE	<p>—Constroi torre de 3 cubos.</p> <p>—Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão.</p> <p>—Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez.</p>	<p>—Constroi torre de 6 cubos.</p> <p>—Imita rabisco circular.</p> <p>—Gosta de ver livros.</p> <p>—Vira uma página de cada vez.</p>	<p>—Constroi torre de 9 cubos.</p> <p>—Imita (3A) e copia (3A/7A) a ponte de 3 cubos - Copia o circulo - Imita a cruz.</p> <p>—Combina 2 cores geralmente o vermelho e amarelo. (Confunde o azul e verde).</p>	<p>—Constroi escada de 6 cubos.</p> <p>—Copia a cruz.</p> <p>—Combina e nomeia 4 cores básicas.</p>	<p>—Constroi 4 degraus com 10 cubos.</p> <p>—Copia o quadrado e o triângulo (5A).</p> <p>—Conta 5 dedos de uma mão.</p> <p>—Nomeia 4 cores.</p>
AUDIÇÃO E	<p>—Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais.</p> <p>—Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.</p>	<p>—Diz o primeiro nome.</p> <p>—Fala sozinho enquanto brinca - Junta duas ou mais frases construindo frases curtas.</p> <p>—Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares.</p> <p>—Nomeia objectos.</p>	<p>—Diz o nome completo e o sexo.</p> <p>—Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos.</p> <p>—Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</p>	<p>—Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data do nascimento.</p> <p>—Linguagem compreensível.</p> <p>—Apenas algumas substituições infantis.</p>	<p>—Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data do nascimento.</p> <p>—Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta - Pode haver confusão em alguns sons.</p>
COMPORTAMENTO	<p>—Bebe por um copo sem enfiar muito levantando-o com ambas as mãos.</p> <p>—Segura a colher e leva alimentos à boca.</p> <p>—Não gosta que lhe peguem.</p> <p>—Exige muita atenção.</p> <p>—Indica necessidade de ir ao toilette - Começa a copiar actividades domésticas.</p>	<p>—Põe o chapéu e os sapatos.</p> <p>—Usa bem a colher.</p> <p>—Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.</p>	<p>—Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário.</p> <p>—Vai sozinho ao toilette.</p> <p>—Come com colher e garfo.</p>	<p>—Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços.</p> <p>—Gosta de brincar com crianças da sua idade.</p> <p>—Sabe esperar pela sua vez.</p>	<p>—Veste-se só.</p> <p>—Lava as mãos e a cara e limpa-se só.</p> <p>—Escolhe os amigos.</p> <p>—Compreende as regras do jogo.</p>

## **ANEXO B**

**Ficha clínica de saúde infantil rapaz e rapariga**

## **ANEXO C**

### **Folha de consulta de rapaz e rapariga**

## **ANEXO D**

**Decreto - Lei nº 7/ 2009 de 12 de Fevereiro**

a homens e mulheres, nomeadamente, baseados em mérito, produtividade, assiduidade ou antiguidade.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as licenças, faltas ou dispensas relativas à protecção na parentalidade não podem fundamentar diferenças na retribuição dos trabalhadores.

5 — Os sistemas de descrição de tarefas e de avaliação de funções devem assentar em critérios objectivos comuns a homens e mulheres, de forma a excluir qualquer discriminação baseada no sexo.

6 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1 e constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 5.

#### Artigo 32.º

##### Registo de processos de recrutamento

1 — Todas as entidades devem manter durante cinco anos o registo dos processos de recrutamento efectuados, devendo constar do mesmo, com desagregação por sexo, os seguintes elementos:

- a) Convites para o preenchimento de lugares;
- b) Anúncios de oferta de emprego;
- c) Número de candidaturas para apreciação curricular;
- d) Número de candidatos presentes em entrevistas de pré-selecção;
- e) Número de candidatos aguardando ingresso;
- f) Resultados de testes ou provas de admissão ou selecção;
- g) Balanços sociais relativos a dados, que permitam analisar a existência de eventual discriminação de pessoas de um dos sexos no acesso ao emprego, formação e promoção profissionais e condições de trabalho.

2 — Constitui contra-ordenação leve a violação do disposto neste artigo.

#### SUBSECÇÃO IV

##### Parentalidade

#### Artigo 33.º

##### Parentalidade

1 — A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

2 — Os trabalhadores têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação ao exercício da parentalidade.

#### Artigo 34.º

##### Articulação com regime de protecção social

1 — A protecção social nas situações previstas na presente subsecção, designadamente os regimes de concessão de prestações sociais para os diferentes períodos de licença por parentalidade, consta de legislação específica.

2 — Para efeitos do disposto na presente subsecção, consideram-se equivalentes a períodos de licença parental os períodos de concessão das prestações sociais correspondentes, atribuídas a um dos progenitores no âmbito do subsistema de solidariedade e do sistema previdencial da segurança social ou outro regime de protecção social de enquadramento obrigatório.

#### Artigo 35.º

##### Protecção na parentalidade

1 — A protecção na parentalidade concretiza-se através da atribuição dos seguintes direitos:

- a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez;
- b) Licença por interrupção de gravidez;
- c) Licença parental, em qualquer das modalidades;
- d) Licença por adopção;
- e) Licença parental complementar em qualquer das modalidades;
- f) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de protecção da sua segurança e saúde;
- g) Dispensa para consulta pré-natal;
- h) Dispensa para avaliação para adopção;
- i) Dispensa para amamentação ou aleitação;
- j) Faltas para assistência a filho;
- l) Faltas para assistência a neto;
- m) Licença para assistência a filho;
- n) Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
- o) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;
- p) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares;
- q) Dispensa de prestação de trabalho em regime de adaptabilidade;
- r) Dispensa de prestação de trabalho suplementar;
- s) Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno.

2 — Os direitos previstos no número anterior apenas se aplicam, após o nascimento do filho, a trabalhadores progenitores que não estejam impedidos ou inibidos totalmente do exercício do poder paternal, com excepção do direito de a mãe gozar 14 semanas de licença parental inicial e dos referentes a protecção durante a amamentação.

#### Artigo 36.º

##### Conceitos em matéria de protecção da parentalidade

1 — No âmbito do regime de protecção da parentalidade, entende-se por:

- a) Trabalhadora grávida, a trabalhadora em estado de gestação que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico;
- b) Trabalhadora puérpera, a trabalhadora parturiente e durante um período de 120 dias subsequentes ao parto que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico ou certidão de nascimento do filho;
- c) Trabalhadora lactante, a trabalhadora que amamenta o filho e informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico.

2 — O regime de protecção da parentalidade é ainda aplicável desde que o empregador tenha conhecimento da situação ou do facto relevante.

#### Artigo 37.º

##### Licença em situação de risco clínico durante a gravidez

1 — Em situação de risco clínico para a trabalhadora grávida ou para o nascituro, impeditivo do exercício de

funções, independentemente do motivo que determine esse impedimento e esteja este ou não relacionado com as condições de prestação do trabalho, caso o empregador não lhe proporcione o exercício de actividade compatível com o seu estado e categoria profissional, a trabalhadora tem direito a licença, pelo período de tempo que por prescrição médica for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial.

2 — Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta atestado médico que indique a duração previsível da licença, prestando essa informação com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada pelo médico, logo que possível.

3 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1.

#### Artigo 38.º

##### Licença por interrupção da gravidez

1 — Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a licença com duração entre 14 e 30 dias.

2 — Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta, logo que possível, atestado médico com indicação do período da licença.

3 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1.

#### Artigo 39.º

##### Modalidades de licença parental

A licença parental compreende as seguintes modalidades:

- a) Licença parental inicial;
- b) Licença parental inicial exclusiva da mãe;
- c) Licença parental inicial a gozar pelo pai por impossibilidade da mãe;
- d) Licença parental exclusiva do pai.

#### Artigo 40.º

##### Licença parental inicial

1 — A mãe e o pai trabalhadores têm direito, por nascimento de filho, a licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte.

2 — A licença referida no número anterior é acrescida em 30 dias, no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório pela mãe a que se refere o n.º 2 do artigo seguinte.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença previsto nos números anteriores é acrescido de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — Em caso de partilha do gozo da licença, a mãe e o pai informam os respectivos empregadores, até sete dias após o parto, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito, declaração conjunta.

5 — Caso a licença parental não seja partilhada pela mãe e pelo pai, e sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte, o progenitor que gozar a licença informa o respectivo empregador, até sete dias após o parto, da duração da licença e do início do respectivo período, juntando declaração do outro progenitor da qual conste que o mesmo exerce actividade profissional e que não goza a licença parental inicial.

6 — Na falta da declaração referida nos n.ºs 4 e 5 a licença é gozada pela mãe.

7 — Em caso de internamento hospitalar da criança ou do progenitor que estiver a gozar a licença prevista nos n.ºs 1, 2 ou 3 durante o período após o parto, o período de licença suspende-se, a pedido do progenitor, pelo tempo de duração do internamento.

8 — A suspensão da licença no caso previsto no número anterior é feita mediante comunicação ao empregador, acompanhada de declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar.

9 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2, 3, 7 ou 8.

#### Artigo 41.º

##### Períodos de licença parental exclusiva da mãe

1 — A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto.

2 — É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de seis semanas de licença a seguir ao parto.

3 — A trabalhadora que pretenda gozar parte da licença antes do parto deve informar desse propósito o empregador e apresentar atestado médico que indique a data previsível do parto, prestando essa informação com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada pelo médico, logo que possível.

4 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1 ou 2.

#### Artigo 42.º

##### Licença parental inicial a gozar por um progenitor em caso de impossibilidade do outro

1 — O pai ou a mãe tem direito a licença, com a duração referida nos n.ºs 1, 2 ou 3 do artigo 40.º, ou do período remanescente da licença, nos casos seguintes:

- a) Incapacidade física ou psíquica do progenitor que estiver a gozar a licença, enquanto esta se mantiver;
- b) Morte do progenitor que estiver a gozar a licença.

2 — Apenas há lugar à duração total da licença referida no n.º 2 do artigo 40.º caso se verifiquem as condições aí previstas, à data dos factos referidos no número anterior.

3 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica da mãe, a licença parental inicial a gozar pelo pai tem a duração mínima de 30 dias.

4 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe não trabalhadora nos 120 dias a seguir ao parto, o pai tem direito a licença nos termos do n.º 1, com a necessária adaptação, ou do número anterior.

5 — Para efeito do disposto nos números anteriores, o pai informa o empregador, logo que possível e, consoante a situação, apresenta atestado médico comprovativo ou certidão de óbito e, sendo caso disso, declara o período de licença já gozado pela mãe.

6 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1 a 4.

#### Artigo 43.º

##### Licença parental exclusiva do pai

1 — É obrigatório o gozo pelo pai de uma licença parental de 10 dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias

seguintes ao nascimento do filho, cinco dos quais gozados de modo consecutivos imediatamente a seguir a este.

2 — Após o gozo da licença prevista no número anterior, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, à licença prevista nos números anteriores acrescem dois dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, o trabalhador deve avisar o empregador com a antecedência possível que, no caso previsto no n.º 2, não deve ser inferior a cinco dias.

5 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2 ou 3.

#### Artigo 44.º

##### Licença por adopção

1 — Em caso de adopção de menor de 15 anos, o candidato a adoptante tem direito à licença referida nos n.ºs 1 ou 2 do artigo 40.º

2 — No caso de adopções múltiplas, o período de licença referido no número anterior é acrescido de 30 dias por cada adopção além da primeira.

3 — Havendo dois candidatos a adoptantes, a licença deve ser gozada nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 40.º

4 — O candidato a adoptante não tem direito a licença em caso de adopção de filho do cônjuge ou de pessoa com quem viva em união de facto.

5 — Em caso de incapacidade ou falecimento do candidato a adoptante durante a licença, o cônjuge sobrevivente, que não seja candidato a adoptante e com quem o adoptando viva em comunhão de mesa e habitação, tem direito a licença correspondente ao período não gozado ou a um mínimo de 14 dias.

6 — A licença tem início a partir da confiança judicial ou administrativa, nos termos do regime jurídico da adopção.

7 — Quando a confiança administrativa consistir na confirmação da permanência do menor a cargo do adoptante, este tem direito a licença, pelo período remanescente, desde que a data em que o menor ficou de facto a seu cargo tenha ocorrido antes do termo da licença parental inicial.

8 — Em caso de internamento hospitalar do candidato a adoptante ou do adoptando, o período de licença é suspenso pelo tempo de duração do internamento, devendo aquele comunicar esse facto ao empregador, apresentando declaração comprovativa passada pelo estabelecimento hospitalar.

9 — Em caso de partilha do gozo da licença, os candidatos a adoptantes informam os respectivos empregadores, com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada, logo que possível, fazendo prova da confiança judicial ou administrativa do adoptando e da idade deste, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito declaração conjunta.

10 — Caso a licença por adopção não seja partilhada, o candidato a adoptante que gozar a licença informa o respectivo empregador, nos prazos referidos no número anterior, da duração da licença e do início do respectivo período.

11 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1 a 3, 5, 7 ou 8.

#### Artigo 45.º

##### Dispensa para avaliação para a adopção

Para efeitos de realização de avaliação para a adopção, os trabalhadores têm direito a três dispensas de trabalho para deslocação aos serviços da segurança social ou recepção dos técnicos em seu domicílio, devendo apresentar a devida justificação ao empregador.

#### Artigo 46.º

##### Dispensa para consulta pré-natal

1 — A trabalhadora grávida tem direito a dispensa do trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários.

2 — A trabalhadora deve, sempre que possível, comparecer a consulta pré-natal fora do horário de trabalho.

3 — Sempre que a consulta pré-natal só seja possível durante o horário de trabalho, o empregador pode exigir à trabalhadora a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos factos.

4 — Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

5 — O pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré-natais.

6 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### Artigo 47.º

##### Dispensa para amamentação ou aleitação

1 — A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

2 — No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam actividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.

3 — A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

4 — No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa referida no número anterior é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo além do primeiro.

5 — Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respectivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.

6 — Na situação referida no número anterior, a dispensa diária é gozada em período não superior a uma hora e, sendo caso disso, num segundo período com a duração remanescente, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### Artigo 48.º

##### Procedimento de dispensa para amamentação ou aleitação

1 — Para efeito de dispensa para amamentação, a trabalhadora comunica ao empregador, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa, que amamenta

o filho, devendo apresentar atestado médico se a dispensa se prolongar para além do primeiro ano de vida do filho.

2 — Para efeito de dispensa para aleitação, o progenitor:

- a) Comunica ao empregador que aleita o filho, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa;
- b) Apresenta documento de que conste a decisão conjunta;
- c) Declara qual o período de dispensa gozado pelo outro progenitor, sendo caso disso;
- d) Prova que o outro progenitor exerce actividade profissional e, caso seja trabalhador por conta de outrem, que informou o respectivo empregador da decisão conjunta.

#### Artigo 49.º

##### Falta para assistência a filho

1 — O trabalhador pode faltar ao trabalho para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, a filho com deficiência ou doença crónica, até 30 dias por ano ou durante todo o período de eventual hospitalização.

2 — O trabalhador pode faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de doença ou acidente a filho com 12 ou mais anos de idade que, no caso de ser maior, faça parte do seu agregado familiar.

3 — Aos períodos de ausência previstos nos números anteriores acresce um dia por cada filho além do primeiro.

4 — A possibilidade de faltar prevista nos números anteriores não pode ser exercida simultaneamente pelo pai e pela mãe.

5 — Para efeitos de justificação da falta, o empregador pode exigir ao trabalhador:

- a) Prova do carácter inadiável e imprescindível da assistência;
- b) Declaração de que o outro progenitor tem actividade profissional e não falta pelo mesmo motivo ou está impossibilitado de prestar a assistência;
- c) Em caso de hospitalização, declaração comprovativa passada pelo estabelecimento hospitalar.

6 — No caso referido no n.º 3 do artigo seguinte, o pai ou a mãe informa o respectivo empregador da prestação de assistência em causa, sendo o seu direito referido nos n.ºs 1 ou 2 reduzido em conformidade.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2 ou 3.

#### Artigo 50.º

##### Falta para assistência a neto

1 — O trabalhador pode faltar até 30 dias consecutivos, a seguir ao nascimento de neto que consigo viva em comunhão de mesa e habitação e que seja filho de adolescente com idade inferior a 16 anos.

2 — Se houver dois titulares do direito, há apenas lugar a um período de faltas, a gozar por um deles, ou por ambos em tempo parcial ou em períodos sucessivos, conforme decisão conjunta.

3 — O trabalhador pode também faltar, em substituição dos progenitores, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a neto

menor ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica.

4 — Para efeitos dos n.ºs 1 e 2, o trabalhador informa o empregador com a antecedência de cinco dias, declarando que:

- a) O neto vive consigo em comunhão de mesa e habitação;
- b) O neto é filho de adolescente com idade inferior a 16 anos;
- c) O cônjuge do trabalhador exerce actividade profissional ou se encontra física ou psiquicamente impossibilitado de cuidar do neto ou não vive em comunhão de mesa e habitação com este.

5 — O disposto neste artigo é aplicável a tutor do adolescente, a trabalhador a quem tenha sido deferida a confiança judicial ou administrativa do mesmo, bem como ao seu cônjuge ou pessoa em união de facto.

6 — No caso referido no n.º 3, o trabalhador informa o empregador, no prazo previsto nos n.ºs 1 ou 2 do artigo 253.º, declarando:

- a) O carácter inadiável e imprescindível da assistência;
- b) Que os progenitores são trabalhadores e não faltam pelo mesmo motivo ou estão impossibilitados de prestar a assistência, bem como que nenhum outro familiar do mesmo grau falta pelo mesmo motivo.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2 ou 3.

#### Artigo 51.º

##### Licença parental complementar

1 — O pai e a mãe têm direito, para assistência a filho ou adoptado com idade não superior a seis anos, a licença parental complementar, em qualquer das seguintes modalidades:

- a) Licença parental alargada, por três meses;
- b) Trabalho a tempo parcial durante 12 meses, com um período normal de trabalho igual a metade do tempo completo;
- c) Períodos intercalados de licença parental alargada e de trabalho a tempo parcial em que a duração total da ausência e da redução do tempo de trabalho seja igual aos períodos normais de trabalho de três meses;
- d) Ausências interpoladas ao trabalho com duração igual aos períodos normais de trabalho de três meses, desde que previstas em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

2 — O pai e a mãe podem gozar qualquer das modalidades referidas no número anterior de modo consecutivo ou até três períodos interpolados, não sendo permitida a cumulação por um dos progenitores do direito do outro.

3 — Se ambos os progenitores pretenderem gozar simultaneamente a licença e estiverem ao serviço do mesmo empregador, este pode adiar a licença de um deles com fundamento em exigências imperiosas ligadas ao funcionamento da empresa ou serviço, desde que seja fornecida por escrito a respectiva fundamentação.

4 — Durante o período de licença parental complementar em qualquer das modalidades, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou

prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

5 — O exercício dos direitos referidos nos números anteriores depende de informação sobre a modalidade pretendida e o início e o termo de cada período, dirigida por escrito ao empregador com antecedência de 30 dias relativamente ao seu início.

6 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2 ou 3.

#### Artigo 52.º

##### Licença para assistência a filho

1 — Depois de esgotado o direito referido no artigo anterior, os progenitores têm direito a licença para assistência a filho, de modo consecutivo ou interpolado, até ao limite de dois anos.

2 — No caso de terceiro filho ou mais, a licença prevista no número anterior tem o limite de três anos.

3 — O trabalhador tem direito a licença se o outro progenitor exercer actividade profissional ou estiver impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal.

4 — Se houver dois titulares, a licença pode ser gozada por qualquer deles ou por ambos em períodos sucessivos.

5 — Durante o período de licença para assistência a filho, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

6 — Para exercício do direito, o trabalhador informa o empregador, por escrito e com a antecedência de 30 dias:

a) Do início e do termo do período em que pretende gozar a licença;

b) Que o outro progenitor tem actividade profissional e não se encontra ao mesmo tempo em situação de licença, ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal;

c) Que o menor vive com ele em comunhão de mesa e habitação;

d) Que não está esgotado o período máximo de duração da licença.

7 — Na falta de indicação em contrário por parte do trabalhador, a licença tem a duração de seis meses.

8 — À prorrogação do período de licença pelo trabalhador, dentro dos limites previstos nos n.ºs 1 e 2, é aplicável o disposto no n.º 6.

9 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1 ou 2.

#### Artigo 53.º

##### Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

1 — Os progenitores têm direito a licença por período até seis meses, prorrogável até quatro anos, para assistência de filho com deficiência ou doença crónica.

2 — Caso o filho com deficiência ou doença crónica tenha 12 ou mais anos de idade a necessidade de assistência é confirmada por atestado médico.

3 — É aplicável à licença prevista no n.º 1 o regime constante dos n.ºs 3 a 8 do artigo anterior.

4 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 1.

#### Artigo 54.º

##### Redução do tempo de trabalho para assistência a filho menor com deficiência ou doença crónica

1 — Os progenitores de menor com deficiência ou doença crónica, com idade não superior a um ano, têm direito a redução de cinco horas do período normal de trabalho semanal, ou outras condições de trabalho especiais, para assistência ao filho.

2 — Não há lugar ao exercício do direito referido no número anterior quando um dos progenitores não exerça actividade profissional e não esteja impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal.

3 — Se ambos os progenitores forem titulares do direito, a redução do período normal de trabalho pode ser utilizada por qualquer deles ou por ambos em períodos sucessivos.

4 — O empregador deve adequar o horário de trabalho resultante da redução do período normal de trabalho tendo em conta a preferência do trabalhador, sem prejuízo de exigências imperiosas do funcionamento da empresa.

5 — A redução do período normal de trabalho semanal não implica diminuição de direitos consagrados na lei, salvo quanto à retribuição, que só é devida na medida em que a redução, em cada ano, exceda o número de faltas substituíveis por perda de gozo de dias de férias.

6 — Para redução do período normal de trabalho semanal, o trabalhador deve comunicar ao empregador a sua intenção com a antecedência de 10 dias, bem como:

a) Apresentar atestado médico comprovativo da deficiência ou da doença crónica;

b) Declarar que o outro progenitor tem actividade profissional ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal e, sendo caso disso, que não exerce ao mesmo tempo este direito.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 3, 4 ou 5.

#### Artigo 55.º

##### Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares

1 — O trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar a tempo parcial.

2 — O direito pode ser exercido por qualquer dos progenitores ou por ambos em períodos sucessivos, depois da licença parental complementar, em qualquer das suas modalidades.

3 — Salvo acordo em contrário, o período normal de trabalho a tempo parcial corresponde a metade do praticado a tempo completo numa situação comparável e, conforme o pedido do trabalhador, é prestado diariamente, de manhã ou de tarde, ou em três dias por semana.

4 — A prestação de trabalho a tempo parcial pode ser prorrogada até dois anos ou, no caso de terceiro filho ou mais, três anos, ou ainda, no caso de filho com deficiência ou doença crónica, quatro anos.

5 — Durante o período de trabalho em regime de tempo parcial, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

6 — A prestação de trabalho a tempo parcial cessa no termo do período para que foi concedida ou no da sua prorrogação, retomando o trabalhador a prestação de trabalho a tempo completo.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### Artigo 56.º

##### Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares

1 — O trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar em regime de horário de trabalho flexível, podendo o direito ser exercido por qualquer dos progenitores ou por ambos.

2 — Entende-se por horário flexível aquele em que o trabalhador pode escolher, dentro de certos limites, as horas de início e termo do período normal de trabalho diário.

3 — O horário flexível, a elaborar pelo empregador, deve:

a) Conter um ou dois períodos de presença obrigatória, com duração igual a metade do período normal de trabalho diário;

b) Indicar os períodos para início e termo do trabalho normal diário, cada um com duração não inferior a um terço do período normal de trabalho diário, podendo esta duração ser reduzida na medida do necessário para que o horário se contenha dentro do período de funcionamento do estabelecimento;

c) Estabelecer um período para intervalo de descanso não superior a duas horas.

4 — O trabalhador que trabalhe em regime de horário flexível pode efectuar até seis horas consecutivas de trabalho e até dez horas de trabalho em cada dia e deve cumprir o correspondente período normal de trabalho semanal, em média de cada período de quatro semanas.

5 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 1.

#### Artigo 57.º

##### Autorização de trabalho a tempo parcial ou em regime de horário flexível

1 — O trabalhador que pretenda trabalhar a tempo parcial ou em regime de horário de trabalho flexível deve solicitá-lo ao empregador, por escrito, com a antecedência de 30 dias, com os seguintes elementos:

a) Indicação do prazo previsto, dentro do limite aplicável;

b) Declaração da qual conste:

i) Que o menor vive com ele em comunhão de mesa e habitação;

ii) No regime de trabalho a tempo parcial, que não está esgotado o período máximo de duração;

iii) No regime de trabalho a tempo parcial, que o outro progenitor tem actividade profissional e não se encontra ao mesmo tempo em situação de trabalho a tempo parcial ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal;

c) A modalidade pretendida de organização do trabalho a tempo parcial.

2 — O empregador apenas pode recusar o pedido com fundamento em exigências imperiosas do funcionamento

da empresa, ou na impossibilidade de substituir o trabalhador se este for indispensável.

3 — No prazo de 20 dias contados a partir da recepção do pedido, o empregador comunica ao trabalhador, por escrito, a sua decisão.

4 — No caso de pretender recusar o pedido, na comunicação o empregador indica o fundamento da intenção de recusa, podendo o trabalhador apresentar, por escrito, uma apreciação no prazo de cinco dias a partir da recepção.

5 — Nos cinco dias subsequentes ao fim do prazo para apreciação pelo trabalhador, o empregador envia o processo para apreciação pela entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, com cópia do pedido, do fundamento da intenção de o recusar e da apreciação do trabalhador.

6 — A entidade referida no número anterior, no prazo de 30 dias, notifica o empregador e o trabalhador do seu parecer, o qual se considera favorável à intenção do empregador se não for emitido naquele prazo.

7 — Se o parecer referido no número anterior for desfavorável, o empregador só pode recusar o pedido após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo.

8 — Considera-se que o empregador aceita o pedido do trabalhador nos seus precisos termos:

a) Se não comunicar a intenção de recusa no prazo de 20 dias após a recepção do pedido;

b) Se, tendo comunicado a intenção de recusar o pedido, não informar o trabalhador da decisão sobre o mesmo nos cinco dias subsequentes à notificação referida no n.º 6 ou, consoante o caso, ao fim do prazo estabelecido nesse número;

c) Se não submeter o processo à apreciação da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres dentro do prazo previsto no n.º 5.

9 — Ao pedido de prorrogação é aplicável o disposto para o pedido inicial.

10 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 2, 3, 5 ou 7.

#### Artigo 58.º

##### Dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho

1 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser dispensada de prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.

2 — O direito referido no número anterior aplica-se a qualquer dos progenitores em caso de aleitação, quando a prestação de trabalho nos regimes nele referidos afecte a sua regularidade.

3 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### Artigo 59.º

##### Dispensa de prestação de trabalho suplementar

1 — A trabalhadora grávida, bem como o trabalhador ou trabalhadora com filho de idade inferior a 12 meses, não está obrigada a prestar trabalho suplementar.

2 — A trabalhadora não está obrigada a prestar trabalho suplementar durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

3 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

### Artigo 60.º

#### Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno

1 — A trabalhadora tem direito a ser dispensada de prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte:

a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo;

b) Durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do nascituro;

c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 — À trabalhadora dispensada da prestação de trabalho nocturno deve ser atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível.

3 — A trabalhadora é dispensada do trabalho sempre que não seja possível aplicar o disposto no número anterior.

4 — A trabalhadora que pretenda ser dispensada de prestar trabalho nocturno deve informar o empregador e apresentar atestado médico, no caso da alínea b) ou c) do n.º 1, com a antecedência de 10 dias.

5 — Em situação de urgência comprovada pelo médico, a informação referida no número anterior pode ser feita independentemente do prazo.

6 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a dispensa da prestação de trabalho nocturno deve ser determinada por médico do trabalho sempre que este, no âmbito da vigilância da saúde dos trabalhadores, identificar qualquer risco para a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2 ou 3.

### Artigo 61.º

#### Formação para reinserção profissional

O empregador deve facultar ao trabalhador, após a licença para assistência a filho ou para assistência a pessoa com deficiência ou doença crónica, a participação em acções de formação e actualização profissional, de modo a promover a sua plena reinserção profissional.

### Artigo 62.º

#### Protecção da segurança e saúde de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante

1 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, de modo a evitar a exposição a riscos para a sua segurança e saúde, nos termos dos números seguintes.

2 — Sem prejuízo de outras obrigações previstas em legislação especial, em actividade susceptível de apresentar um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho, o empregador deve proceder à avaliação da natureza, grau e duração da exposição de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, de modo a determinar qualquer risco para a sua segurança e saúde e as repercussões sobre a gravidez ou a amamentação, bem como as medidas a tomar.

3 — Nos casos referidos no número anterior, o empregador deve tomar a medida necessária para evitar a exposição da trabalhadora a esses riscos, nomeadamente:

a) Proceder à adaptação das condições de trabalho;

b) Se a adaptação referida na alínea anterior for impossível, excessivamente demorada ou demasiado onerosa, atribuir à trabalhadora outras tarefas compatíveis com o seu estado e categoria profissional;

c) Se as medidas referidas nas alíneas anteriores não forem viáveis, dispensar a trabalhadora de prestar trabalho durante o período necessário.

4 — Sem prejuízo dos direitos de informação e consulta previstos em legislação especial, a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser informada, por escrito, dos resultados da avaliação referida no n.º 2 e das medidas de protecção adoptadas.

5 — É vedado o exercício por trabalhadora grávida, puérpera ou lactante de actividades cuja avaliação tenha revelado riscos de exposição a agentes ou condições de trabalho que ponham em perigo a sua segurança ou saúde ou o desenvolvimento do nascituro.

6 — As actividades susceptíveis de apresentarem um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho referidos no n.º 2, bem como os agentes e condições de trabalho referidos no número anterior, são determinados em legislação específica.

7 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, ou os seus representantes, têm direito de requerer ao serviço com competência inspectiva do ministério responsável pela área laboral uma acção de fiscalização, a realizar com prioridade e urgência, se o empregador não cumprir as obrigações decorrentes deste artigo.

8 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2, 3 ou 5 e constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 4.

### Artigo 63.º

#### Protecção em caso de despedimento

1 — O despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante ou de trabalhador no gozo de licença parental carece de parecer prévio da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

2 — O despedimento por facto imputável a trabalhador que se encontre em qualquer das situações referidas no número anterior presume-se feito sem justa causa.

3 — Para efeitos do número anterior, o empregador deve remeter cópia do processo à entidade competente na área da igualdade de oportunidade entre homens e mulheres:

a) Depois das diligências probatórias referidas no n.º 2 do artigo 356.º, no despedimento por facto imputável ao trabalhador;

b) Depois da fase de informações e negociação prevista no artigo 361.º, no despedimento colectivo;

c) Depois das consultas referidas no n.º 1 do artigo 370.º, no despedimento por extinção de posto de trabalho;

d) Depois das consultas referidas no artigo 377.º, no despedimento por inadaptação.

4 — A entidade competente deve comunicar o parecer referido no n.º 1 ao empregador e ao trabalhador, nos 30 dias subsequentes à recepção do processo, considerando-se em sentido favorável ao despedimento quando não for emitido dentro do referido prazo.

5 — Cabe ao empregador provar que solicitou o parecer a que se refere o n.º 1.

6 — Se o parecer for desfavorável ao despedimento, o empregador só o pode efectuar após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo, devendo a acção ser intentada nos 30 dias subsequentes à notificação do parecer.

7 — A suspensão judicial do despedimento só não é decretada se o parecer for favorável ao despedimento e o tribunal considerar que existe probabilidade séria de verificação da justa causa.

8 — Se o despedimento for declarado ilícito, o empregador não se pode opor à reintegração do trabalhador nos termos do n.º 1 do artigo 392.º e o trabalhador tem direito, em alternativa à reintegração, a indemnização calculada nos termos do n.º 3 do referido artigo.

9 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1 ou 6.

#### Artigo 64.º

##### Extensão de direitos atribuídos a progenitores

1 — O adoptante, o tutor, a pessoa a quem for deferida a confiança judicial ou administrativa do menor, bem como o cônjuge ou a pessoa em união de facto com qualquer daqueles ou com o progenitor, desde que viva em comunhão de mesa e habitação com o menor, beneficia dos seguintes direitos:

- a) Dispensa para aleitação;
- b) Licença parental complementar em qualquer das modalidades, licença para assistência a filho e licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
- c) Falta para assistência a filho ou a neto;
- d) Redução do tempo de trabalho para assistência a filho menor com deficiência ou doença crónica;
- e) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;
- f) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares.

2 — Sempre que o exercício dos direitos referidos nos números anteriores dependa de uma relação de tutela ou confiança judicial ou administrativa do menor, o respectivo titular deve, para que o possa exercer, mencionar essa qualidade ao empregador.

#### Artigo 65.º

##### Regime de licenças, faltas e dispensas

1 — Não determinam perda de quaisquer direitos, salvo quanto à retribuição, e são consideradas como prestação efectiva de trabalho as ausências ao trabalho resultantes de:

- a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez;
- b) Licença por interrupção de gravidez;
- c) Licença parental, em qualquer das modalidades;
- d) Licença por adopção;
- e) Licença parental complementar em qualquer das modalidades;
- f) Falta para assistência a filho;
- g) Falta para assistência a neto;
- h) Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno;
- i) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de protecção da sua segurança e saúde;

j) Dispensa para avaliação para adopção.

2 — A dispensa para consulta pré-natal, amamentação ou aleitação não determina perda de quaisquer direitos e é considerada como prestação efectiva de trabalho.

3 — As licenças por situação de risco clínico durante a gravidez, por interrupção de gravidez, por adopção e licença parental em qualquer modalidade:

a) Suspendem o gozo das férias, devendo os dias remanescentes ser gozados após o seu termo, mesmo que tal se verifique no ano seguinte;

b) Não prejudicam o tempo já decorrido de estágio ou acção ou curso de formação, devendo o trabalhador cumprir apenas o período em falta para o completar;

c) Adiam a prestação de prova para progressão na carreira profissional, a qual deve ter lugar após o termo da licença.

4 — A licença parental e a licença parental complementar, em quaisquer das suas modalidades, por adopção, para assistência a filho e para assistência a filho com deficiência ou doença crónica:

a) Suspendem-se por doença do trabalhador, se este informar o empregador e apresentar atestado médico comprovativo, e prosseguem logo após a cessação desse impedimento;

b) Não podem ser suspensas por conveniência do empregador;

c) Não prejudicam o direito do trabalhador a aceder à informação periódica emitida pelo empregador para o conjunto dos trabalhadores;

d) Terminam com a cessação da situação que originou a respectiva licença que deve ser comunicada ao empregador no prazo de cinco dias.

5 — No termo de qualquer situação de licença, faltas, dispensa ou regime de trabalho especial, o trabalhador tem direito a retomar a actividade contratada, devendo, no caso previsto na alínea d) do número anterior, retomá-la na primeira vaga que ocorrer na empresa ou, se esta entretanto se não verificar, no termo do período previsto para a licença.

6 — A licença para assistência a filho ou para assistência a filho com deficiência ou doença crónica suspende os direitos, deveres e garantias das partes na medida em que pressuponham a efectiva prestação de trabalho, designadamente a retribuição, mas não prejudica os benefícios complementares de assistência médica e medicamentosa a que o trabalhador tenha direito.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.ºs 1, 2, 3 ou 4.

#### SUBSECÇÃO V

##### Trabalho de menores

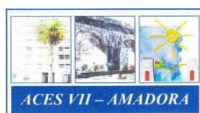
#### Artigo 66.º

##### Princípios gerais relativos ao trabalho de menor

1 — O empregador deve proporcionar ao menor condições de trabalho adequadas à idade e ao desenvolvimento do mesmo e que protejam a segurança, a saúde, o desenvolvimento físico, psíquico e moral, a educação e a formação, prevenindo em especial qualquer risco resultante

## **ANEXO III**

**Plano e Avaliação da Sessão Informativa**



UCSP BURACA

## PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA

<b>Tema</b>	Apresentação do Manual de Procedimentos para as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 24 meses.
<b>Destinatários</b>	Enfermeiros da UCSP da Buraca
<b>Data</b>	8 de Junho de 2010
<b>Hora</b>	14 Horas
<b>Local</b>	Sala de reuniões do 3º piso
<b>Autor</b>	AEESIP

### Objectivos:

1. Dar a conhecer o manual de procedimentos, sua organização e conteúdos.
2. Expor as finalidades do manual e sua importância

### Assuntos:

1. Noções de qualidade.
2. Manual de procedimentos como instrumento de qualidade.
3. Objectivos dos Manual de Procedimentos para a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 24 meses.
4. Organização e conteúdos do manual.
5. Exemplo de um guião de consulta.

### Avaliação do Impacto da Existência do Manual:

Questionário.

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO INFORMATIVA

<b>*Perguntas</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Muito</b>	<b>Imprescindível</b>	<b>Total</b>
Na sua opinião, é pertinente a existência deste manual no programa de Saúde infantil da UCSP?				2	3	5
Acha que a estrutura do manual, facilita a sua consulta				5		5
Quanto aos conteúdos colocados para consulta teórica, acha que são adequados?				5		5
Concorda com os itens a observar durante as consultas e que constam dos guiões das consultas?				2	3	5
Acha que seguir os itens dos guiões das consultas, sistematiza a realização da consulta e os registos?				3	2	5

Como podemos constatar estiveram presentes na sessão informativa 5 pessoas: 4 enfermeiras da UCSP e um estagiário do 2º ano do curso de Enfermagem.

Foi unânime que a existência do manual é muito importante, e que irá contribuir para uma prestação de cuidados mais completa e uniforme.

Foi de opinião geral que os conteúdos teóricos são uma mais valia para a formação dos elementos da equipa.

## **ANEXO IV**

**Pesquisa Bibliográfica sobre Feridas em Pediatria (CD)**

## **ANEXO V**

**Compêndio: Cuidar de Feridas no Utente Pediátrico**



## **SERVIÇO DE PEDIATRIA**

# **CUIDAR DE FERIDAS NO UTENTE PEDIÁTRICO**

**Aluna do Curso de Mestrado  
em Enfermagem com ESIP:**

**M<sup>a</sup> Manuela S. Correia**

**Orientadora:**

**Enf<sup>a</sup> Especialista em SIP  
Catarina Escobar**

**Docente:**

**Professora Adjunta  
Margarida Lourenço**

**Amadora, Janeiro de 2011**



## **SERVIÇO DE PEDIATRIA**

# **CUIDAR DE FERIDAS NO UTENTE PEDIÁTRICO**

**Aluna do Curso de Mestrado  
em Enfermagem com ESIP:**

**M<sup>a</sup> Manuela S. Correia**

**Orientadora:**

**Enf<sup>a</sup> Especialista em SIP  
Catarina Escobar**

**Docente:**

**Professora Adjunta  
Margarida Lourenço**

**Amadora, Janeiro de 2011**

**“Semeia um pensamento e colherás um desejo;**

**Semeia um desejo e colherás uma acção;**

**Semeia a acção e colherás um hábito;**

**Semeia o hábito e colherás carácter”**

## INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. CARACTERISTICAS DA PELE .....	7
2.1. A Pele de Crianças mais Jovens .....	8
3. LESÕES CUTÂNEAS .....	10
3.1. Mecanismos de Lesão.....	11
3.2. Tipos de Lesões Cutâneas .....	12
3.3. Processo de Cicatrização de Feridas .....	15
3.3.1. Categorias de cicatrização das feridas.....	16
3.4. Factores que Influenciam a Cicatrização das Feridas.....	17
4. ABORDAGEM TERAPÉUTICA DAS FERIDAS .....	19
4.1 Breve História do Material de Penso .....	19
4.2. Os Materiais de Penso na Actualidade.....	21
4.2.1 Principais Tipos de Pensos.....	23
5. ABORDAGEM E TRATAMENTO DE FERIDAS NO UTENTE PEDIÁTRICO.....	31
5.2 Feridas Comuns em Pediatria .....	33
5.2 Tratamento de Feridas, Dor e as Crianças .....	35
6. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (AUNÓNOMAS E INTERDEPENDENTES) NO TRATAMENTO DE FERIDAS.....	37
7. A NUTRIÇÃO E A CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS .....	40
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	45

## ANEXOS

ANEXO 1: Tipos de lesões cutâneas

ANEXO 2: Escala de BRADEN Q

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio em Pediatria incluído no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-nos proposto aprofundar e partilhar conhecimentos sobre a abordagem das feridas na idade pediátrica e, a realização de um compêndio com fundamentação teórica que contribua para a correcta avaliação do risco e intervenção de enfermagem nas lesões cutâneas mais comuns no serviço de pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF).

Neste contexto, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica no sentido de documentar o serviço com aquilo que a evidência científica mais recente nos proporciona. Foi elaborado o presente documento, a equipa de enfermagem do serviço de pediatria foi informada da existência dos conteúdos bibliográficos ao seu dispor e foi-lhes realizada uma sessão de formação com a apresentação do presente trabalho.

Como iremos ver à frente, a pele é o maior órgão dos seres humanos e reveste-se de grande importância uma vez que tem várias funções: protectoras, reguladoras, sócio-relacionais... que podem ficar comprometidas aquando da existência de uma lesão.

Nas últimas décadas, o tratamento de feridas tem sofrido muitos avanços. A revolução da abordagem das feridas ocorreu, em parte, devido à descoberta do Dr. Winter, nos anos 60, da importância da cicatrização em ambiente húmido. Este novo conceito, acompanhado pelo progresso dos materiais de penso, tem mudado a prática do tratamento de feridas,

Este trabalho, procura colmatar as necessidades identificadas nos Enfermeiros, sobre conhecimentos relativos ao tratamento e produtos a utilizar, na gestão de lesões da pele.

Tenta-se assim, expor o conhecimento científico actual, dar a conhecer os produtos ao nosso dispor, procurando de algum modo, padronizar os cuidados, contribuir para identificação do tipo de ferida, a escolha do tratamento tópico indicado e esclarecimento sobre condutas não recomendadas.

O objectivo do tratamento de uma ferida, é a sua cicatrização sem complicações, com a recuperação das suas funções e prevenção de sequelas.

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

Os meios terapêuticos devem ser aplicados por uma equipa multidisciplinar que se socorrerá de procedimentos e materiais, cientificamente fundamentados.

A abordagem ideal a uma ferida, é aquela que mantém a humidade entre a ferida e o penso, remove o excesso de exsudado, permite trocas gasosas, fornece isolamento térmico, é impermeável a bactérias e que a sua remoção não cause trauma na ferida.

Neste documento, pretende-se expor informações sobre as características da pele, suas funções e importância, as particularidades da pele das crianças mais jovens, tipos de lesões cutâneas, e produtos usados no tratamento de feridas, bem como intervenções de enfermagem na criança com lesões cutâneas.

Procurámos organizá-lo de modo a ser de fácil consulta e esperamos que contribua para aguçar a curiosidade dos leitores, suscitando novas pesquisas.

## 2. CARACTERÍSTICAS DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano. Ela pode ter cerca de 0,2 m<sup>2</sup> no recém-nascido a mais de 2 m<sup>2</sup> no adulto e é constituída por duas camadas principais: a epiderme e a derme.<sup>1</sup> (Fig. 1)

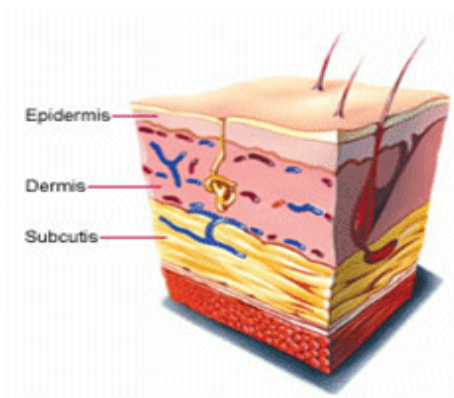


Fig. 1 – Camadas da Pele.

A camada mais externa é a epiderme, é constituída por células mortas e córneas que funcionam como barreira protectora contra o meio. Da superfície para o interior podemos encontrar 5 camadas distintas na epiderme, que se denominam por: estrato córneo, estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinhoso e estrato basal. A camada mais interna e espessa da pele é a derme. Esta é composta por duas camadas: em contacto com o estrato basal da epiderme temos a camada papilar e, seguidamente a camada reticular. A derme é formada essencialmente por tecido conjuntivo e feixes de fibras de colagénio, dando suporte nutricional à epiderme.<sup>2</sup>

Na derme podemos encontrar ainda vasos sanguíneos, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos, nervos da pele e capilares que alimentam a epiderme avascular, e as fibras sensoriais da dor, do toque e da temperatura. Os mastócitos do tecido conjuntivo desempenham as funções de secreção, fagocitose e produção de fibroblastos.<sup>2</sup>

Abaixo da derme situa-se a hipoderme, que contém gordura, músculo liso e tecido areolar. Esta actua como isolante do calor, absorvente dos choques e depósito de nutrientes.<sup>2</sup>

Podemos então concluir que a pele é um órgão complexo e que desempenha um papel fundamental para a sobrevivência humana, sendo as suas funções:

- Manutenção da temperatura do corpo;
- Barreira à perda de água por evaporação;
- Actividade metabólica (produção de vitamina D);
- Protecção contra o meio através da sensasão do toque, pressão e dor;
- Aparência cosmética global.<sup>2</sup>

## **2.1. A Pele de Crianças mais Jovens**

As duas principais camadas da pele têm origens embrionárias distintas derivando dos folhetos ectodérmicos e mesodérmicos. As estruturas epiteliais são as que derivam da ectoderme sendo elas: unidades pilossebáceas, glândulas apócrinas, glândulas écrinas e unhas. Os melanócitos e nervos também derivam da ectoderme, mais especificamente da neuroectoderme. A mesoderme dá origem aos fibroblastos, vasos sanguíneos, músculos e adipócitos que podemos encontrar na derme.<sup>3</sup>

No bebé e criança pequena, a epiderme encontra-se frouxamente ligada à derme o que ocasiona fácil separação entre camadas durante um processo inflamatório, formando bolhas, pelo que a manipulação destas crianças deve ser efectuada com muito cuidado, nomeadamente a remoção de adesivos.<sup>3</sup>

No recém-nascido a termo a epiderme apresenta uma espessura que é metade da de um adulto e a derme tem uma espessura de 60%. Aos 6 meses a pele está totalmente madura no entanto, durante a infância e a adolescência, a pele sofre alterações complexas nas suas características, incluindo o aumento da espessura da actividade das glândulas sebáceas e dos folículos pilosos.<sup>4</sup>

Nestas faixas etárias, o crescimento dos tecidos e a capacidade de regeneração são muito rápidas. Há um aumento de fibroblastos e uma produção de colagénio e elastina acelerada, bem como a formação de tecido de granulação.<sup>4</sup>

A epiderme do recém-nascido prematuro é bastante diferente da do recém-nascido de termo. Esta camada da pele só começa a desenvolver-se por volta das 30 semanas de gestação, sendo visível pelas 34 semanas e apresentando a espessura definitiva às 40 semanas. (MACEDO, I. [et al] 2004)

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

Nas 2 primeiras semanas de vida do prematuro, a função de barreira da pele está muito diminuída, havendo grandes perdas de calor, água, calorias, electrólitos e proteínas. A permeabilidade cutânea é também de grande importância principalmente entre as 24 a 28 semanas de idade gestacional, pelo que devemos ter em atenção que a maioria das substâncias aplicadas sobre a pele, serão obrigatoriamente absorvidas. (MACEDO, I. [et al] 2004)

Após o nascimento, a epiderme do recém-nascido prematuro. Qualquer que seja a idade gestacional, sofre uma maturação acelerada, com aumento da espessura da epiderme e do estrato córneo, tornando-se em cerca de duas semanas como a pele do recém-nascido a termo. (MACEDO, I. [et al] 2004)

### 3. LESÕES CUTÂNEAS

As lesões cutâneas assumem características distintas de acordo com o processo patológico e têm origem em diversos factores etiológicos:

- Contacto com agentes nocivos: microrganismos, produtos químicos, traumatismos;
- Factores hereditários;
- Factores externos (alergenos, por exemplo);
- Doenças sistémicas (sarampo, varicela, doenças decorrentes de deficiências nutricionais).

*“As feridas são modificações da pele, ocasionadas por: traumatismo, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação. É o rompimento da estrutura e do funcionamento da estrutura anatómica normal, resultante de um processo patológico que se iniciou interna ou externamente no(s) órgão(s) envolvido(s).<sup>3</sup>*

*“Feridas são soluções estruturais ou fisiológicas de continuidade da pele, que activam respostas normais ou anormais de reparação tecidual”<sup>2</sup>* Tais lesões cutâneas podem ser classificadas como **feridas agudas**: aquelas que cicatrizam sem complicações em 2 ou 3 semanas; e as **feridas crónicas**: não cicatrizam dentro do período de tempo previsto ou estão associadas a complicações – infecção, desnutrição ou comprometimento da perfusão dos tecidos.<sup>3</sup>

Nas crianças praticamente todas as feridas são agudas, mas a intervenção de enfermagem deve ser preventiva, a fim de evitar que estas se tornem crónicas.<sup>2</sup>

Podemos também classificar as feridas em **cirúrgicas** (aquelas cuja causa foi um procedimento cirúrgico) e **não cirúrgicas** (aquelas cuja origem é um traumatismo por exemplo). Ou tal como as queimaduras, de acordo com a profundidade das estruturas atingidas: **superficiais** por exemplo se a lesão se restringir à epiderme.<sup>5</sup>

Segundo CUNHA (2006)<sup>3</sup>, podemos também classificar as feridas quanto:

- **Origem/ agente causal:** ferida aberta devido a um golpe, incisão cirúrgica, punção de um vaso... ferida fechada, obtida por fricção, fracturas, pancadas...

- **Grau de contaminação:** Limpas se produzidas em ambiente cirúrgico, com probabilidade de infecção baixa; Contaminadas aquelas em que houve contacto com matéria como terra ou as limpas que estiveram expostas mais de 6 horas após a sua ocorrência.
- **Aparência:** necrótica, infectada, com crosta, granulada, epitelizada.
- **Cor:** vermelhas que têm já tecido de granulação ou epitelização; amarelas com exsudado fibroso e tecido desvitalizado; pretas apresentam necrose tecidual.
- **Secreção:** O exsudado é um material fluído que extravasa dos vasos, resultante de um processo inflamatório, sendo rico em proteínas derivadas das células. Observa-se a existência de exsudado caseoso, o sanguinolento, o supurativo e o fibrinoso.

### 3.1. Mecanismos de Lesão

Segundo TROTT (2009), o mecanismo de lesão pode ser descrito pela actuação de três tipos de forças que são aplicadas na pele sob condições de lesão: fricção, tensão e compressão.<sup>6</sup>

As forças de fricção aplicam-se por arrastamento, por exemplo, podendo formar-se um retalho de pele.<sup>6</sup>

As lesões por tensão são aqueles que ocorrem como resultado de um embate de um objecto com a pele num ângulo, levando à formação de um retalho de pele em que o aporte sanguíneo é interrompido podendo ocorrer isquémia, conduzindo à desvitalização e necrose.<sup>6</sup>

As lesões causadas por compressão ou esmagamento, ocorrem quando o impacto do objecto é perpendicular à pele. Tais lacerações têm bordos irregulares ou retalhos e são acompanhadas por desvitalização significativa da pele e tecido subcutâneo. Nestas condições existe uma susceptibilidade acrescida de infecção.<sup>6</sup>

Podemos ainda referir um outro tipo de mecanismo de lesão: o cisalhamento. Este resulta da separação dos tecidos causada por um objecto cortante.<sup>6</sup>

## 3.2. Tipos de Lesões Cutâneas

Segundo PERUZZO (2005)<sup>7</sup> é importante, na avaliação da lesão da pele, ter como referência um sistema de classificação. Uma classificação comumente utilizada é o sistema de estádios proposto pela American Agency for Health Care Policy and Recerch Pressure Ulcer (AHCPR):

**Estádio I:** comprometimento da epiderme, com a pele íntegra, mas com presença de hiperémia, descoloração ou endurecimento.

**Estádio II:** perda parcial de tecido, envolvendo e epiderme, derme, ou ambos. Trata-se de uma lesão superficial, como uma escoriação ou bolha.

**Estádio III:** perda da pele, na sua espessura total, (epiderme, derme e hipoderme) mas sem chegar à fáscia. Observa-se uma ulceração profunda.

**Estádio IV:** ocorre extensa lesão da pele na sua espessura total, podendo atingir músculos e tendões.<sup>7</sup>

Segundo as *Guidelines* Internacionais a definição internacional de úlcera de pressão de NPUAP/EPUAP pode ser entendida como:

*“Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados factores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.”<sup>8</sup>*

As *Guidelines* internacionais de prevenção de úlceras de pressão sugere-nos o:

### **Sistema de classificação das úlceras de pressão NPUAP/EPUAP<sup>8</sup>**

#### **Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta**

Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

**Descrição adicional:** a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

**Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena**

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. Nesta categoria entram as fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.

**Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)**

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente, algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

**Descrição adicional:** A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.

**Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico.

As **lesões cutâneas** podem ainda ser classificadas como **primárias** e **secundária**. As **primárias** são superficiais e envolvem apenas as camadas externas da epiderme:

- **Máculas:** lesão plana, não palpável, circunscrita com diâmetro inferior a 1 cm, com cor castanha, vermelha, púrpura ou branca. Exemplo: sardas, nevo plano, sarampo.
- **Mancha:** lesão plana e não palpável, formato irregular e maior que 1 cm. Exemplo vitiligo.
- **Placa:** lesão elevada ou plana em relevo, firme e áspera, com diâmetro superior a 1 cm, pode ser composta por pápulas. Exemplo: psoríase, queratose seborreica.
- **Vergão:** área elevada de edema subcutâneo com formato irregular; sólida, transitória, modificável, com diâmetro variável, cor rosa pálida com o centro mais claro. Exemplo: urticária ou picada de insecto.
- **Pápula:** elevada, palpável, firme e circunscrita, com diâmetro inferior a 1 cm, com cor castanha, vermelha, rosada ou vermelho-azulada. Exemplo: verrugas, erupções relacionadas com medicamentos, nevos pigmentados.

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

- **Nódulo:** elevado, firme, circunscrito e palpável, mais profundo na derme que a pápula, pode ter 1 a 2 cm de diâmetro. Exemplo: eritema nodoso.
- **Vesícula:** elevada, superficial, circunscrita e preenchida com líquido seroso, diâmetro inferior a 1 cm. Exemplo: vesículas, varicela.
- **Pústula:** elevada, superficial, semelhante à vesícula mas preenchida com líquido purulento. Exemplo: acne, varíola.
- **Bolha:** vesícula com diâmetro superior a 1 cm.
- **Quisto:** elevado, circunscrito, palpável; preenchido com conteúdo líquido ou semi-sólido. Exemplo: quisto sebáceo.<sup>5</sup>

As **lesões cutâneas secundárias** envolvem tecidos mais profundos compostos por células permanentes, como as células musculares ou nervosas que não têm capacidade de regeneração. Tais tecidos auto-reparam-se formando uma cicatriz composta por tecido conjuntivo fibroso, cujo objectivo é reconstituir a continuidade da pele. Estas lesões incluem incisões cirúrgicas, lacerações, úlceras, queimaduras:<sup>5</sup>

- **Escama:** células queratinizadas empilhadas; irregular; espessa ou delgada; seca ou oleosa; tamanho variável de coloração prateada, branca ou acastanhada. Exemplo: psoríase;
- **Liquenificação:** epiderme áspera e espessada; marcas cutâneas acentuadas devidas a fricção ou irritação; envolve frequentemente as faces flexoras. Exemplo: dermatite crónica.
- **Crosta:** soro, sangue ou exsudado purulento ressequido; ligeiramente elevada de tamanho variável, com coloração acastanhada, avermelhada, negra ou amarela.
- **Cicatriz:** tecido fibroso delgado a espesso de reposição da derme lesada; coloração rosada, vermelha ou branca; pode ser atrófica ou hipertrófica.
- **Quelóide:** lesão de formato irregular, elevada que cresce além do limites da ferida, causada pela formação excessiva de colagénio durante a cicatrização.
- **Escoriação:** perda de epiderme com aspecto de área crostosa linear ou côncava com exposição da derme. Exemplo: arranhão.
- **Fissura:** ruptura linear da epiderme em direcção à derme, pequena, profunda de coloração avermelhada. Exemplo: queilose.
- **Erosão:** Perda de toda a epiderme ou de parte dela; lesão em depressão, húmida, brilhante, acompanha a ruptura de vesículas ou bolhas. Exemplo: varicela após a ruptura das bolhas.

- **Úlcera:** perda das camadas epidérmicas e dérmicas; lesão côncava de tamanho variável; exsudativa; com cor avermelhada. Exemplo: úlceras de decúbito.<sup>5</sup>

No **Anexo 1** podemos observar imagens dos tipos de lesão cutânea.

### 3.3. Processo de Cicatrização de Feridas

Quando a pele sofre uma lesão, o seu normal funcionamento é posto em causa pelo que, naturalmente são activados mecanismos de reparação. A normal cicatrização dos tecidos pode ser colocada em risco se factores tais como infecção, tecido desvitalizado, má técnica de tratamento ou condições de saúde subjacentes estiverem presentes.<sup>6</sup>

No entanto, num indivíduo saudável as lesões superficiais da pele e dos tecidos moles, exibem uma cicatrização espontânea sem a ocorrência de complicações, tratando-se de um processo complexo de interacção celular e reacções bioquímicas.<sup>5</sup>

Segundo TROTT (2009) a cicatrização das feridas é um *continuum* de fases sobrepostas:<sup>6</sup>

- **Hemostase:** no momento da agressão traumática, a arquitectura da pele é alterada e os vasos são lesados. Ocorre retracção dos bordos da ferida, comprimindo as pequenas vénulas e arteríolas. Os vasos sofrem vasoconstricção reflexa intensa durante cerca de 10 minutos. Começa a haver agregação plaquetária nos lúmens dos vasos e nas superfícies expostas. A cascata de coagulação é activada e, em alguns minutos a ferida fica preenchida por um coágulo hemostático. Nesta momento começam a ser libertadas aminas vasoactivas, que conduzem à dilatação dos capilares e ao início da exsudação da ferida.<sup>6</sup>
- **Fase Inflamatória:** granulócitos e linfócitos são atraídos para o local da lesão, sendo o seu pico entre as 12h a 24 horas após a agressão. Estas células têm como principal função controlar o crescimento bacteriano e a supressão de infecção e começam a diminuir após volta do 3º dia. Por volta da 24 a 48 horas após a lesão podem ser identificados macrófagos, estas células têm como

função a fagocitose e ingestão dos detritos da ferida e a formação precoce de fibroblastos e colagénio.<sup>6</sup>

- **Epitelização:** as células epiteliais da camada basal da epiderme começam a sofrer alterações morfológicas e funcionais. Começa a verificar-se o avanço de uma nova camada celular sobre a derme e sob o coágulo hemostático.<sup>6</sup>
- **Neovascularização:** o fenómeno de formação de novos vasos sanguíneos é crucial para a cicatrização da ferida. Eles substituem os vasos anteriormente danificados e trazem oxigénio e nutrientes. A neovascularização é evidente ao 3º dia e mais activa pelo 7º, pelo que se pode observar um aspecto eritematoso. Os novos vasos formam espirais de capilares que são envolvidos por fibroblastos em crescimento activo, conferido a aparência **granulosa** da ferida.<sup>6</sup>
- **Síntese de Colagénio:** a síntese de colagénio inicia-se ao 2º dia, sendo que a maior massa de colagénio se encontra às 3 semanas de regeneração da ferida, altura em que já não há inflamação nem edema.<sup>6</sup>
- **Contração da Ferida e Remodelação:** A cicatriz que se forma contrai-se gradualmente de forma centrípeta sobre as imperfeições da ferida através da acção de fibroblastos especializados denominados miofibroblastos. A contração empurra a pele íntegra circundante sobre a imperfeição.<sup>6</sup>

### 3.3.1. Categorias de cicatrização das feridas

O encerramento das feridas pode ser categorizado em três tipos:

**Primário ou por primeira intenção:** encerramento realizado através de sutura como primeira abordagem terapêutica.

**Secundário ou por segunda intenção:** encerramento natural sem outra intervenção que não seja irrigação e desbridamento.

**Terciário ou por terceira intenção:** encerramento efectuado 4 a 5 dias após a lesão ou intenções primária ou secundárias, pois foi necessário recorrer a uma limpeza e desbridamento antes do encerramento.<sup>6</sup>

### 3.4. Factores que Influenciam a Cicatrização das Feridas

Nas últimas décadas muitos estudos têm sido levados a cabo no sentido de melhorar a abordagem no tratamento das feridas, nomeadamente a mudança para o paradigma da manutenção do meio húmido capaz de estimular a migração das células epiteliais e facilitar a sua remodelação.<sup>4</sup> Na **Tabela nº1** podemos encontrar factores que atrasam a cicatrização das feridas:

**Tabela 1: Factores que atrasam a cicatrização das feridas (adaptado de HOCKENBERRY 2006)**

Factor	Efeitos sobre a cicatrização
<b>Ambiente seco na ferida</b>	Provoca secagem e necrose das células epiteliais, dificultando a sua migração.
<b>Deficiências nutricionais:</b>	
<b>Vitamina A</b>	Resposta inflamatória inadequada.
<b>Vitamina B<sub>1</sub></b>	Declínio da formação de colagénio.
<b>Vitamina C</b>	Inibição da formação das fibras de colagénio e o desenvolvimento capilar.
<b>Proteínas</b>	Diminuição de aminoácidos necessários à regeneração dos tecidos.
<b>Zinco</b>	Dificulta a epitelização.
<b>Imonocomprometimento</b>	Resposta inflamatória inapropriada ou tardia.
<b>Défice circulatório</b>	Inibição da resposta inflamatória e remoção de detritos.
<b>Stress</b>	Dificulta o transporte de oxigénio e nutrientes à área lesada.
<b>Anti-sépticos</b>	Libertação de catecolaminas de vasoconstricção.
<b>Peróxido de hidrogénio</b>	Tóxico para os fibroblastos. Formação de gases subcutâneos.
<b>Iodopovidona</b>	Tóxica para leucócitos, fibroblastos e eritrócitos.
<b>Clorexidina</b>	Tóxica para os leucócitos.
<b>Medicamentos</b>	
<b>Corticosteróides</b>	Prejudicam a fagocitose; inibem a proliferação de fibroblastos; deprimem a formação de tecido de granulação e inibem a contracção da ferida.
<b>Quimioterapia</b>	Interrompe o ciclo celular, danifica o ADN e impede a sua reparação.
<b>Anti-inflamatórios</b>	Diminuem a fase inflamatória.
<b>Corpos estranhos</b>	Aumentam a resposta inflamatória; inibem a oclusão da ferida.
<b>Infecção</b>	Aumenta a resposta inflamatória e amplia a destruição tecidual.
<b>Fricção mecânica</b>	Danifica/destrói o tecido de granulação.
<b>Acumulação de líquidos</b>	Dificulta a aproximação dos tecidos.
<b>Radiação</b>	Inibe a actividade fibroblástica e a formação de capilares, pode causar necrose.
<b>Doenças</b>	
<b>Diabetes</b>	Inibe a síntese de colagénio; prejudica a circulação sanguínea e a formação de capilares; a hiperglicémia compromete a fagocitose.
<b>Anemia</b>	Dificulta a chegada de oxigénio aos tecidos.
<b>Doença vascular periférica</b>	Dificulta a chegada de oxigénio aos tecidos.
<b>Urémia</b>	Diminui a formação de colagénio e o tecido de granulação.

GOUVEIA (2010)<sup>9</sup> informa-nos de que em Portugal, o iodo é utilizado sob forma de pomada ou solução e o seu uso, baseia-se em conhecimentos empíricos, sem resultados científicos que comprovem a sua eficácia.

A iodopovidona pomada é reconhecidamente tóxica para os fibroblastos e queratinócitos, inibe os leucócitos polimorfonucleados e, á formula em solução, acresce a inibição das proteases. Mais graves ainda são os relatos de tireotoxicidade induzida pela excessiva utilização de compressas embebidas em iodopovidona. Foram também descritos casos de dermatite de contacto após exposição prolongada à pomada e inclusivamente existe referência a acidose metabólica secundária à utilização continuada deste productu.<sup>9</sup>

## 4. ABORDAGEM TERAPÉUTICA DAS FERIDAS

O tratamento de feridas tem-se constituído como um desafio para os cuidadores desde tempos imemoriais. Percorremos um caminho baseado nos saberes empíricos, recorrendo a materiais disponíveis na natureza (como folhas e penas) e, actualmente, encontramos-nos na era da evidência científica, baseada nos trabalhos de investigação e na tecnologia, aplicada no desenvolvimento dos materiais de penso sofisticados e desenvolvidos com o objectivo de promover a cicatrização rápida, actuar como barreira, diminuir ou atenuar a dor, permitir a mínima manipulação e fornecer desbridamento autolítico, podendo ser custo-efectivos se usados correctamente.<sup>1,10</sup>

### 4.1 Breve História do Material de Penso

As feridas são tão antigas como o ser humano. Pensa-se que o homem primitivo cobria as suas feridas com folhas, algumas dotadas de propriedades analgésicas.<sup>10</sup>

Do Egipto provêm as primeiras escrituras com referência ao tratamento de feridas (Papiro de Edwin Smith e Papiro de Ebers – 1700 a.C. e 1500 a.C. respectivamente). Nestes documentos podemos encontrar a descrição de materiais de pensos como: gordura, mel, linho e carne fresca, particularmente apreciada pelas suas propriedades hemostáticas.<sup>10</sup>

Também da Mesopotâmia nos chega informações datadas de 2500 a.C. Nesta altura as feridas eram lavadas com água ou leite e tratadas com mel, resina e possivelmente com mirra, as ligaduras eram de linho ou lã.<sup>10</sup>

Na Grécia, o *pai da medicina* Hipócrates, foi quem primeiro definiu a cicatrização de feridas por primeira e segunda intenção. Ele considerava que as feridas deveriam ser mantidas limpas e secas, recomendando o uso de água tépida, vinho ou vinagre para a sua limpeza. Sugeriu que em feridas infectadas, fossem aplicados cataplasmas ou papas na área envolvente, para amaciar o tecido e permitir a drenagem do pus. Para a

cicatrização das feridas, usava própolis, um material resinoso produzido pelas abelhas.<sup>10</sup>

Da Índia, Sushruta (600 a.C.) descreveu, no seu manual cirúrgico, 14 tipos de pensos feitos de seda, lã, linho e algodão. Este cirurgião deu muita importância à limpeza das feridas e à dieta dos doentes.<sup>10</sup>

Na Roma antiga e suas províncias, o óleo e o vinho eram usados no tratamento de feridas. Tal é ilustrado no Evangelho de S. Lucas na parábola do *Bom Samaritano*, na qual este derramava óleo e vinho sobre as feridas e depois as ligava.<sup>10</sup>

Ainda no Império Romano, Celso descreveu os sinais de inflamação: rubor, dor, calor e tumor e defendeu a limpeza das feridas antes da sutura. Galeno (físico do Imperador Marco Aurélio), defendeu a teoria do pus saudável e aplicação de tinta de escrever, teias de aranha e barro de Lemnos nas feridas.<sup>9</sup>

Os médicos árabes baseavam muitas das suas práticas em Galeno. Abu Ali (980 – 1037), defendeu o tratamento das úlceras de pressão com unguento de alvaiade de chumbo, cobrindo a cama com folhas de salgueiro e evitando que o doente dormisse de costas. Este médico árabe usou mel e mirra cozidos como adstringentes para redução do exsudado.<sup>10</sup>

Da primeira escola de medicina da Europa em Salerno, Itália (séc IX), saiu Hugo de Lucca, fundador da escola de cirurgia da universidade de Bolonha. O seu discípulo Teodorico Borgognini defendia a limpeza das feridas com vinho, o seu desbridamento e remoção da matéria estranha, aproximação dos bordos da ferida e manutenção dos mesmos no seu lugar com compressas de linho ensopadas em vinho morno e firmemente atadas. O penso deveria permanecer entre 5 a 6 dias. De acordo com este cirurgião, as feridas poderiam ser limpas com água do mar, com mel misturado com vinho e água de cinzas de carvalho verde ou de videira.<sup>10</sup>

O cirurgião militar Ambroise Paré (1510 – 1590), usava gemas de ovo, óleo de rosas e terebintina, propôs ainda, para as feridas traumáticas, o uso de um penso composto por alúmen, verdete, sulfato de cobre, mel rosado e vinagre fervidos para formar uma pasta.<sup>10</sup>

No seio das guerras de Napoleão, o desbridamento das feridas era defendido por vários cirurgiões franceses.<sup>10</sup>

Em 1867, Lister introduziu o ácido fénico revolucionando a cirurgia ao criar o primeiro penso anti-séptico.<sup>10</sup>

Joseph Gamgee removeu a gordura do algodão em rama e cobriu-o com gaze crua fazendo compressas ou tecido de Gamgee. A sua teoria consistia na protecção da ferida do meio envolvente e reduzir a frequência de mudança de penso. O seu grande objectivo era o de manter as feridas o mais secas possível, corrente que se manteve até à primeira metade do século.<sup>10</sup>

A partir da segunda metade do século XX, começa-se a pensar o tratamento de feridas conforme o concebemos na actualidade. Em 1945 Bloom publicou as suas experiências com pensos semipermeáveis de celofane no tratamento de doentes queimados.<sup>10</sup>

No início dos anos 60 George Winter e Hinman *et al* definiram a utilização de pensos baseados na cura em meio húmido. Em resposta a estes desenvolvimentos, surgiu em 1971, o primeiro penso em filme ou película de poliuretano.<sup>10</sup>

Desde então a ciência e a tecnologia, de mãos dadas, não param de nos surpreender e dotam-nos de uma diversidade de conhecimentos e materiais aplicáveis às diferentes situações com que nos deparamos.

## **4.2. Os Materiais de Penso na Actualidade.**

Como vimos anteriormente, os avanços científicos e tecnológicos ofereceram-nos uma diversidade importante de opções terapêuticas na abordagem às feridas, com a preocupação de ter uma visão holística do doente.

Segundo Turner, citado por ELIAS [*et al*] (2009)<sup>10</sup> o penso ideal é aquele que é capaz de:

- Proporcionar um meio húmido;
- Remover o excesso de exsudado;
- Permitir as trocas gasosas;
- Manter a temperatura ideal;
- Proteger o leito das feridas dos microrganismos;
- Proteger o leito da ferida de partículas e contaminantes tóxicos;
- Permitir a remoção sem trauma.

ELIAS [et al] (2009)<sup>9</sup> acrescentam ainda:

- Fácil utilização;
- Manutenção da integridade da pele circundante;
- Ergonomia e
- Custo-efectividade.

Para BARANOSKI & AYELLO (2004), escolher correctamente o tipo de penso a utilizar, implica uma avaliação completa da ferida que pode ser baseada no acrónimo MEASURES:<sup>1</sup>

Minimizar o trauma no leito da ferida	
Eliminar o espaço morto	
Avaliar e tratar a quantidade de exsudado	
Suportar o sistema de defesa tecidual corporal	
Usar agentes de limpeza de feridas não tóxicos	
Remover a infecção, detritos e tecido necrosado	
Manutenção do ambiente, incluindo isolamento térmico e leito da ferida	húmido
Lesões protegidas da invasão bacteriana na pele circundante	

Além da avaliação das características da ferida, importa também conhecer os materiais de penso, suas principais características e indicações, para poder escolher qual aplicar. Os pensos que entram em contacto com o leito da ferida são designados por **pensos primários** os que cobrem ou fixam estes ao local são os **pensos secundários**.<sup>1</sup>

Penso é:

*“O meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura estéril sobre a ferida previamente limpa. Tem como objectivo promover a cicatrização (por meio de técnica asséptica), prevenir a contaminação e eliminar factores negativos que possam retardá-la”<sup>3</sup>*

Por tanto, deve efectuar-se uma limpeza da lesão, promover a hemostase, proporcionar um ambiente adequado à cicatrização, absorver a drenagem para proteger a pele adjacente, proteger a ferida da contaminação e traumatismo mecânico e promover conforto físico e mental ao utente.<sup>3</sup>

#### 4.2.1 Principais Tipos de Pensos

##### *Pensos Transparentes*

São membranas de poliuretano finas, revestidas com adesivo que lhes permite aderir às margens da ferida, mas não na ferida em si. Não têm capacidade de absorção mas permitem a geração de um vapor húmido e são semipermeáveis aos gases permitindo a “respiração” da ferida e pele. Imitando o ambiente de uma flictena, estes pensos facilitam as células epiteliais migrarem sobre a superfície da ferida.<sup>1</sup>

O fluido que se pode acumular no interior do penso é útil para a manutenção do ambiente húmido. No entanto se este fluido for excessivo, indica-nos que o penso deve ser mudado.<sup>1</sup>

Tais pensos fornecem uma barreira protectora contra contaminantes externos, fricção e ajudam no desbridamento autolítico e controlo da dor. Pode também ser um penso secundário. Podem ser usados em: **úlceras de pressão nos estádios I e II; pequenas queimaduras e lacerações; suturas; locais de cateteres; zonas dadoras e úlceras dérmicas superficiais.**<sup>1</sup>

##### *Pensos Hidrocolóides*

Os hidrocolóides são permeáveis aos gases e ao vapor de água. São compostos por misturas opacas de adesivo, polímeros absorventes, agentes de pectina gélica e carboximetilcelulose sódica. As suas partículas hidrófilas reagem com o fluido da ferida, formando um gel suave sobre ela. A sua aparência translúcida permite a visualização da quantidade de exsudado absorvido. Estes tipos de pensos estão disponíveis em vários tamanhos e formas.<sup>1</sup>

Dado que são adesivos, devem ser usados com precaução em peles frágeis, devem exceder os bordos da ferida em aproximadamente 2,5 cm e ser mudados em intervalos de 3 a 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado da ferida, podendo conduzir a hipergranulação se não mudado apropriadamente.<sup>1</sup>

Favorecem um ambiente húmido ajudando no desbridamento autolítico e podem ser usados como medida preventiva em áreas de alto risco e em redor de feridas cirúrgicas.<sup>1</sup>

Os pensos hidrocolóides podem ser usados em: **feridas mínima a moderadamente exsudativas, quebras cutâneas, lacerações**, algumas **úlceras de pressão, feridas dérmicas a granular, feridas necróticas** ou sob ligaduras de compressão.<sup>1</sup>

### ***Pensos Hidrogéis***

O penso de hidrogel amorfo, é composto por água na forma de gel ou matriz, com uma estrutura polímera que retém água e pode reduzir a temperatura do leito da ferida até 5° C. O ambiente húmido criado facilita a autólise e a remoção de tecido desvitalizado.<sup>1</sup>

A principal aplicação dos hidrogéis é a de hidratação do leito da ferida seca, amolecendo e soltando crostas em feridas necróticas.<sup>1</sup>

Alguns hidrogéis têm outros componentes como alginato, amido ou colagénio, que aumentam a sua capacidade absorvente, assimilando quantidades de exsudado baixas a moderadas. Estes pensos podem ser usados em muitos tipos de feridas: **úlceras de pressão, feridas** com perda parcial ou total da **espessura da pele, úlceras vasculares**. As suas capacidades refrescantes e calmantes fazem deles uma excelente escolha em **quebras cutâneas, abrasões dérmicas, feridas dérmicas, zonas dadoras e queimaduras por radiação**.<sup>1</sup>

### ***Pensos de Espuma***

Trata-se de pensos muito absorventes, normalmente feitos a partir de uma base de poliuretano. São permeáveis quer aos gases quer ao vapor de água e as suas propriedades hidrofílicas permitem a absorção do exsudado para o interior das camadas de espuma.<sup>1</sup>

Os pensos de espuma estão indicados em: **feridas** com exsudado **moderado a elevado**, protecção profilática sobre **proeminências ósseas** ou áreas de **fricção**; **feridas** com **perda total** ou **parcial** da **espessura** da pele, leitos de ferida a **granular** ou **necróticos, quebras cutâneas, zonas dadoras, feridas cirúrgicas ou dérmicas**. Podem ser usados em combinação com tratamentos tópicos e/ou desbridantes enzimáticos. Estes pensos podem permanecer até 7 dias dependendo do grau de exsudação da ferida.<sup>1</sup>

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

### *Pensos de Alginato de Cálcio*

Os pensos de alginato de cálcio são absorventes, não aderentes, biodegradáveis, de fibras não tecidas derivadas de algas marítimas castanhas, compostas por sais de cálcio de ácido alginico e ácidos manurónico e gulurónico. Em contacto com as propriedades do fluido da ferida (rico em sódio), forma-se um gel de alginato de sódio solúvel, mantendo a ferida húmida. Como podem absorver até 20 vezes o seu peso, os alginatos são extremamente benéficos no tratamento de **feridas cavitárias** de elevada drenagem, **úlceras de pressão**, **úlceras vasculares**, **incisões cirúrgicas**, **sinus tractus**, **locais dadores** de exertos cutâneos, **tendões expostos** e **feridas infectadas**.<sup>1</sup>

Estes pensos são contra-indicados em feridas secas e com necrose e em queimaduras de terceiro grau, no entanto as suas propriedades absorventes e hemostáticas tornam-nos úteis nas feridas sangrantes. São, regra geral, mudados diariamente, ou de acordo com a quantidade da drenagem da ferida.<sup>1</sup>

### *Pensos de Colagénio*

O colagénio é uma das principais proteínas do corpo, sendo essencial na cicatrização das feridas. São feitos a partir da pele bovina e podem ser constituídos por 100% de colagénio ou combinados com outros princípios como o alginato. São pensos hidrófilos, com grande capacidade de absorção.<sup>1</sup>

As apresentações em pó ou almofadas estão indicadas em feridas muito exsudativas; as folhas podem ser usadas quando se está perante um exsudado moderado a baixo; deve utilizar-se gel se a ferida for seca.<sup>1</sup>

Tais pensos estão indicados em: **feridas a granular** ou **necróticas** e feridas com **perda total** ou **parcial da espessura da pele**. Devem ser mudados pelo menos de 7 em 7 dias. Se a ferida estiver infectada a mudança deve ser diária. Precisam de um penso secundário de fixação.<sup>1</sup>

Os pensos de colagénio não devem ser usados em pessoas com sensibilidade a produtos bovinos, em feridas secas ou queimaduras de terceiro grau.<sup>1</sup>

Estes pensos diferem das aplicações tópicas de antibióticos pois fornecem a protecção antimicrobiana e, ao mesmo tempo, o ambiente húmido favorável à cicatrização. Os produtos antimicrobianos podem ser iões de prata, cadexómero de iodo ou biguanida polihexametileno. Podem não substituir o tratamento com antibióticos sistémicos.<sup>1</sup>

### ***Pensos de Terapia Compressiva***

É a base do tratamento vascular de úlceras venosas. São usadas ligaduras de compressão para tratar o edema e melhorar o retorno venoso ao coração.<sup>1</sup>

### ***Terapia de ferida com compressão negativa***

Trata-se de uma terapia desenvolvida nos anos 90 e consiste na aplicação de pressão subatmosférica ou sucção, a um leito de uma ferida, através de uma unidade computadorizada, ligada a uma esponja de células espumosas, colocada na ferida e fixada com adesivo.<sup>1</sup>

Cria-se assim um ambiente húmido e com permissão de trocas gasosas, ao mesmo tempo que o sistema de sucção remove o excesso de fluido da ferida. A remoção de fluido intersticial permite um aumento da circulação e a eliminação de detritos celulares do sistema linfático. A vantagem deste sistema prende-se com o princípio de que os fluidos estagnados numa ferida retardam a cicatrização por proliferação supressora.<sup>1</sup>

As mudanças de penso devem ser realizadas a cada 48 a 72 horas.<sup>1</sup>

Existem ainda outras técnicas de tratamentos de feridas, não tão utilizadas na nossa prática e que aqui vamos apenas mencionar. São elas:

*Substitutos de pele de engenharia tecidual, terapia normotérmica, estimulação eléctrica e factores de crescimento.*<sup>1</sup>

PERUZZO (2005)<sup>7</sup>, relata-nos o resultado da sua pesquisa no que se refere aos tratamentos não recomendados para feridas:

### Peróxido de hidrogénio / Água oxigenada

- Não tem acção anti-séptica.
- É um oxidante que destrói bactérias anaeróbicas, mas perde tal efeito quando entra em contacto com matéria orgânica.
- Em contacto com tecido de granulação pode formar bolhas de ar e lesionar o leito da ferida.

### Iodo

- Indicado na anti-sepsia de pele e mucosas íntegras.
- Em soluções de continuidade, atrasa a epitelização dos tecidos, diminui a força de tensão da ferida, prejudica a sua microcirculação no processo de cicatrização.
- Citotóxico para os fibroblastos.
- Potencial alérgico.

### Potássio

- Indicado em casos de exsudação eczematosa grave, frequentemente ligadas a úlceras da perna.
- Tem efeito anti-séptico, secante e oxidante, removendo exsudados e odores. É fotossensível e em contacto com sangue, diminui as suas propriedades.
- Pode causar manchas, irritações ou queimaduras.

### Hipoclorito de Sódio (Solutio de Dakin)

- Pode provocar alterações morfológicas dos neutrófilos, fibroblastos e células epiteliais.
- Atrasa o desenvolvimento do cologénio.
- Inibe migração celular.
- Causa danos na microcirculação.
- Perde efeito anti-séptico em contacto com matéria orgânica.

### Tintura de Benjoim

- Tem acção anti-séptica local e é adstringente e protector cutâneo.
- É apenas indicado em pele íntegra.

### Pasta d'Água

- Composto por água de cal, óxido de zinco, glicerina e talco.

- Tem apenas acção secante

### Açúcar

- Acção bacteriostática, e bactericida, eficaz em feridas infectadas, desde que o penso seja trocado de 2 em 2 horas, para manter ambiente hiperosmolar – ou transforma-se em meio de cultura.
- Pela hiperosmolaridade, pode levar à desidratação do leito da ferida.

### Antibióticos Tópicos

- Estão contra-indicados.
- Podem provocar sensibilização, havendo resistência dos microrganismos.

Na tabela seguinte, apresentam-se os produtos disponíveis no HFF para o tratamento de feridas.

Tabela 2: Produtos para o tratamento de feridas

PRODUCTO	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<b>AQUACEL Ag</b> <b>ACTISORB</b> ( carvão activado + prata)	Feridas crónicas (úlceras de perna, de pé diabético, decúbito); Feridas cirúrgicas; Feridas traumáticas; Feridas oncológicas Todas que estejam infectadas ou em risco de infectar.	Penso absorventes, com propriedades anti-microbianas, impregnados em prata. Devem ser usados humedecidos em SF ou água destilada e cobertos por penso de cobertura. A ferida deve estar desbridada. Podem permanecer 7 dias ou, em caso de queimadura, 14 dias.
<b>ALLEVYN CAVITY</b> (penso hidrocélular cavitário não adesivo) <b>COMBIDERM – N</b> (apósito absorvente não adesivo)	Feridas crónicas como úlceras de pressão, exsudativas; Feridas agudas exsudativas como abrasões, lacerações, biopsias, feridas cirúrgicas abertas ou fechadas.	Apósitos estéreis, não adesivos. Mantém o ambiente da ferida húmido favorecendo a cicatrização. Capacidade absorvente. Deve ser fixado com penso secundário ou ligadura. Não deve permanecer mais de 7 dias.
<b>ALLEVYN GENTLE BORDER</b> <b>ALLEVIN GENTLE</b> (penso de espuma hidrocélular com adesivo) <b>ALLEVIN ADHESIVE</b> (penso hidrocélular de poliuretano adesivo)	Tratamento de feridas por segunda intenção; Feridas superficiais com tecido de granulação; Feridas exsudativas agudas ou crónicas; Úlceras de pressão; Feridas cirúrgicas; Queimaduras grau I ou II	Penso de espuma hidrocélular com adesivo de silicone e gel, protege os bordos das feridas.  Não deve permanecer mais de 7 dias.
<b>GELITACEL</b>	Procedimentos cirúrgicos para controlo de hemorragia.	Penso hemostático estéril absorvível.
<b>ASKINA GEL</b>	Feridas não exsudativas ou com tecido necrosado.	Promove desbridamento e remoção de tecidos necrosados e outro “debris” em feridas pouco exsudativas. A ferida pode aumentar de tamanho devido ao desbridamento.
<b>SUPRASORB</b> (penso com alginato de cácio) <b>AQUACEL</b> (penso hydrofiber carboximetilcelulose sódica) <b>ASKINA BIOFILME TRANSPARENTE</b>	Feridas moderada a muito exsudativas. Feridas crónicas ou agudas superficiais. Feridas Profundas (úlceras de pressão, de perna, pé diabético, queimaduras de grau II, lesões cirúrgicas).	Deve aplicar-se humedecido.  Podem permanecer até 7 dias.  O AQUACEL pode permanecer até 14 dias se aplicado em queimaduras.
<b>CARBOFLEX</b> (alginato de cálcio + carvão activado)	Lesões com cheiro intenso. Penso primário em lesões superficiais; Penso secundário sobre camadas de preenchimento em feridas cavitadas.	Aplicar a face não brilhante em contacto com a lesão.

PRODUCTO	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<b>INADINE</b> (compressa impregnada com iodopovidona a 10%)	Prevenção de infecção em pequenas queimaduras e em pequenas lesões traumáticas com perda de pele.	Usado em adultos e <b>crianças</b> . Usar com supervisão em RN e até aos 6 meses por perigo de absorção cutânea da iodopovidona.
<b>VARIHESIVE GEM CONTROL</b> (apósito hidrocolóide)	Lesões crónicas (úlceras de pressão); Lesões agudas (traumáticas, queimaduras); Excisões dermatológicas; Feridas cirúrgicas	Ajuda no desbridamento autolítico, facilitando a migração das células epiteliais. Permite remoção não agressiva.

## 5. ABORDAGEM E TRATAMENTO DE FERIDAS NO UTENTE PEDIÁTRICO

Como temos visto, nas crianças as feridas mais comuns são as superficiais que são dolorosas e geralmente resultantes de traumatismos.<sup>6</sup>

A prevalência de úlceras de pressão em crianças hospitalizadas foi estimada entre 0,47% e 13,1%, podendo chegar aos 27% em crianças internadas em unidades de cuidados intensivos. No entanto, existe muito pouca pesquisa que descreva as características das crianças com úlcera de pressão.<sup>11</sup>

O tratamento da criança nestas circunstâncias constitui-se como um desafio técnico e emocional para o prestador de cuidados, a criança e os pais. Torna-se importante ter tempo para explicar à criança e seus pais, o procedimento, a abordagem e possíveis desconfortos. O tempo gasto na preparação da criança é tempo ganho no final.<sup>6</sup>

Assumindo que não estamos perante risco de vida, o profissional de saúde deve começar por conversar e brincar um pouco com a criança, adequando-se à sua idade, com o objectivo de ganhar a sua confiança. Só posteriormente deve passar à avaliação da ferida em si. A distração e a imaginação podem ser técnicas úteis em qualquer idade. O profissional de saúde pode ir perguntando pelo brinquedo favorito, os amigos, cor favorita, etc. A compreensão geral de marcos importantes do desenvolvimento é de valor inestimável para a interacção adequada com a criança.<sup>6</sup>

Conhecer o estado de imunização da criança é também essencial. O boletim de vacinas deve ser observado para garantir que estas estão em dia.<sup>6</sup>

Aquando da avaliação da ferida, deve ser permitido a criança ficar junto dos pais quanto tempo quanto possível. Pode-se começar por dizer a criança que queremos apenas “olhar” para a ferida, neste processo de avaliação, os pais devem ser envolvidos para que a criança perceba que o profissional de saúde está ali para ajudar. Em casos em que seja necessário a realização de hemostase, pode pedir-se que sejam os pais a realizar a compressão.<sup>6</sup>

O momento de tratamento efectivo da ferida deve ser acompanhado da explicação dos procedimentos e material: explicar que se vai “colocar um medicamento para aquela

zona dormir”, dizer à criança qual a parte do procedimento que vai ser desconfortável e quanto tempo vai demorar.<sup>6</sup>

Os pais devem ser autorizados a participar se o entenderem, eles podem ajudar a distrair e consolar a criança. No entanto, há pais que não toleram assistir a procedimentos invasivos realizados aos seus filhos e tal sentimento deve ser compreendido e não percebido como falta de carinho para com a criança.<sup>6</sup>

Se a criança parecer estar em sofrimento, o procedimento deve ser parado para avaliar se este se deve a dor ou apenas a medo. Se a causa for o medo, deve assegurar-se aos pais que o choro é causado por este e não por a criança estar com dores intensas. Se o motivo for efectivamente dor, deve ser ponderada a administração de mais analgesia.<sup>6</sup>

Frequentemente pode ser necessário recorrer a técnicas de contenção física, principalmente em crianças pequenas em que estratégias verbais e imaginárias para as acalmar são pouco eficazes. A necessidade de contenção deve ser explicada aos pais como sendo um meio que protege tanto a criança como os profissionais de saúde e assegura um melhor resultado.<sup>6</sup>

Por vezes a intervenção de um anestesista é requerida pois, devido à natureza da intervenção ou ao estado de ansiedade e agitação da criança, se torna necessário recorrer à sedação. Esta pode ser uma sedação consciente, em que a criança mantém os reflexos protectores e a respiração autónoma, ou, pode evoluir para um nível mais profundo, onde é necessário ter disponível equipamento de reanimação cardiorespiratória.<sup>6</sup>

A decisão da sedação a utilizar deve ter em conta se o procedimento é doloroso, se a criança necessita de imobilização, a duração do procedimento e que recursos de segurança estão disponíveis para o procedimento e quando foi a última refeição da criança. O risco relativo de fornecer sedação deve ser ponderado face ao risco de atrasar o procedimento.<sup>6</sup>

Podemos referir o **hidrato de cloral** e o **midazolam** como sendo dos sedativos mais usados para a realização de intervenções em feridas. A **cetamina** é um agente dissociativo que facilita a sedação sem perda dos reflexos respiratórios, no entanto pode causar alucinações e aumento de secreções. O recurso a anestésicos locais pode também ser benéfico (**EMLA**).<sup>6</sup>

## 5.2 Feridas Comuns em Pediatria

As feridas como **abrasões** são muito comuns entre os 6 e os 11 anos (BAKER *et al*, citado por LOYD, 2008)<sup>4</sup>. São normalmente traumáticas e há perda de camadas superficiais da epiderme. Devido à exposição das terminações nervosas, as abrasões são muito dolorosas. Por serem muitas vezes traumáticas, este tipo de lesões tem de ser cuidadosamente limpas com o objectivo de remover qualquer corpo estranho.

Tal procedimento de limpeza pode ser muito doloroso pelo que, deve ser considerada a utilização de um anestésico local ou mesmo geral, de acordo com a extensão da lesão.<sup>4</sup>

Devem ser usados pensos oclusivos para reduzir a dor e, favorecer a rápida cicatrização e o risco de infecção. Podem ser usados pensos hidrocolóides ou filme semi-permeável, como o Varihesive GEM Controle e ASKINA Biofilme Transparente, respectivamente.<sup>4</sup>

As **queimaduras superficiais** envolvem a epiderme e o primeiro terço da derme. Tal como as abrasões são muito dolorosas. Devem vigiar-se para evitar infecções e devem cicatrizar em cerca de 14 dias.<sup>4</sup>

As queimaduras térmicas devem ser submersas em água fria por cerca de 10 a 20 minutos. Este procedimento não se aplica nas queimaduras eléctricas ou com outros agentes (MORRIS, 2005, citado por LOYD, 2008)<sup>4</sup>. Os pensos a utilizar nestas queimaduras são: hidrogel, espumas de silicone, hidrocolóides ou espumas com hidrofibras e alginato se estiverem muito exsudativas.

Quanto à abordagem de **flictenas** existem evidências clínicas e experimentais de que deixar as flictenas intactas tem várias vantagens em feridas por queimadura. As flictenas tendem a prevenir a estase capilar e a retardar a necrose em locais de queimadura, bem como diminuir a dissecação da ferida. Acredita-se também que a conservação das flictenas ajuda no controlo da dor, um benefício que é particularmente importante nas superfícies articulares, onde a dor pode limitar os movimentos activos, conduzindo a potencial rigidez articular. Assim as flictenas devem ser protegidas com pensos para evitar a sua ruptura, flictenas grandes e confluentes que têm probabilidade de se fragmentarem facilmente, devem ser então removidas.<sup>6</sup>

**Abcessos cutâneos superficiais** são situações de abordagem cirúrgica observados no internamento de Pediatria do HFF.

Um abcesso cutâneo pode ser definido como: “*acumulação de pus localizada, que provoca edema flutuante de tecido mole, rodeado por tecido de granulação sólido e eritema*”. Os abcessos podem começar como furúnculos que são nódulos fixos, sensíveis, vermelhos e que se tornam flutuantes e que, se não forem tratados, drenam espontaneamente.<sup>6</sup>

Os locais mais frequentes são: cabeça, pescoço, axila, nádegas e zonas perineais. Os carbúnculos são abcessos mais profundos e frequentes na nuca, pescoço, costas e coxas. Os abcessos são frequentemente resultado da obstrução das glândulas sebáceas e apócrinas.<sup>6</sup>

#### **Tratamento dos abcessos:**

Na suspeita de abcesso, a palpação nem sempre revela flutuação, podendo ser necessário recorrer a uma ecografia ou à aspiração da massa para confirmar a presença de pus. Caso a massa inflamatória esteja isenta de pus, significa que não se pode proceder a incisão ou drenagem, e deve iniciar-se a administração de antibioterapia sistémica. Dois resultados se podem atingir: ou o furúnculo cicatriza ou forma pus e então pode ser drenado.<sup>6</sup>

Quando existe indicação para incisão e drenagem, estamos a referir-nos a um procedimento doloroso que requer sedação da criança e o recurso a anestesia local para o controlo da dor.<sup>6</sup>

A área em redor do abcesso deve ser cuidadosamente desinfectada com solução anti-séptica, a incisão é efectuada com um bisturi, e deve ser suficientemente ampla para que uma completa exploração e drenagem possam ser realizadas. Após a verificação de toda a cavidade do abcesso, procede-se à sua irrigação com soro fisiológico até que se observa saída de soro tingido de sangue e livre de qualquer pus. Seguidamente elaboram-se um penso almofadado que permita a livre drenagem da cavidade do abcesso. Esta “almofada” deve ser retirada 2 a 3 dias depois.<sup>6</sup>

## 5.2 Tratamento de Feridas, Dor e as Crianças

A avaliação da dor nas crianças depende da sua idade e estágio cognitivo de desenvolvimento, bem como dos conhecimentos e experiência dos cuidadores. É conhecido que a dor é melhor controlada quando a administração de analgesia é regular, com horários fixos. Os instrumentos de avaliação da dor devem ser correctamente utilizados e adequados à idade da criança.<sup>4</sup>

- **Crianças até aos 2 anos**

Nesta faixa etária é complicado comunicar com elas. Os pais devem ser envolvidos e acompanhar as crianças durante o tratamento. Devem ser dados todos os esclarecimentos aos pais e deve ser-lhes dado tempo para explicar à criança, o que vai acontecer.

As técnicas de distração são eficazes nesta faixa etária, recorrendo-se a brinquedos ou livros com desenhos e cores.

Pode-se associar o procedimento a momentos de rotina como o banho, em vez de ser um momento separado, o que pode ser mais assustador.<sup>4</sup>

- **Crianças dos 2 ou 5 anos**

Nesta faixa etária o enfermeiro deve comunicar com a criança e com os pais. Deve ser usada uma linguagem adequada e que a criança possa compreender; deve ser-lhe dada uma ideia da duração do procedimento, ganhando a sua confiança. Nestas idades, as técnicas de distração são também úteis. Pode ser permitido que a criança efectue o procedimento no seu boneco.<sup>4</sup>

- **Crianças em idade escolar**

Nesta fase, as crianças apresentam maior capacidade de compreensão e negociação. Deve-lhe ser explicado o procedimento. O recurso a desenhos poderá ser útil, e o recurso a prémios de bom comportamento são bem aceites.<sup>4</sup>

- **Crianças dos 12 aos 18 anos**

A sua compreensão está totalmente desenvolvida, no entanto eles debatem-se com outras preocupações além da dor como, por exemplo a imagem e a sua privacidade.

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

O procedimento deve ser explicado, o material mostrado, permitindo-lhes, se possível, a escolha do penso superficial. Com a duração do tratamento, pode ser-lhes permitido que eles próprios realizem o seu penso, com supervisão. As suas preocupações com a cicatriz devem ser valorizadas.<sup>4</sup>

## 6. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (AUNÓNOMAS E INTERDEPENDENTES) NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações clínicas em que sentem a obrigação de intervir e de tomar uma decisão terapêutica. No entanto, surgem ainda dúvidas face à autonomia da enfermagem no que se refere à decisão e implementação de tratamentos, havendo ainda equívocos no que respeita às intervenções de enfermagem autónomas e as interdependentes no seio da equipa multidisciplinar.

Em 1996 foi publicado o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, que vinha a ser alterado pelo Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril. Tais decretos vêm regulamentar o exercício profissional da enfermagem (REPE), bem como clarificar conceitos, funções, intervenções autónomas e interdependentes, bem como direitos e deveres.<sup>12</sup>

Sendo que o exercício profissional dos enfermeiros se contextualiza num meio multiprofissional de acção, podem ser distinguidos dois tipos de intervenção: as que são iniciadas pela prescrição do enfermeiro - **intervenções autónomas** – e as que dão continuidade às iniciadas por outros técnicos da equipa – **intervenções interdependentes**.

Segundo MATEUS (2009)<sup>12</sup>, citando o REPE, as intervenções autónomas são:

*“As acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”*

Na sua autonomia, o enfermeiro assume a tomada de decisão, prescrevendo, implementando a técnica, monitorizando e avaliando os resultados da sua intervenção, de modo a manter ou alterar o tratamento realizado. Neste processo (de enfermagem), não deve ser perdida de vista a unicidade e as necessidades da *pessoa*.

Os cuidados prestados às pessoas com ferida são realizados maioritariamente por enfermeiros, que possuem formação científica, técnica e humana, necessária para dar resposta às necessidades de tais utentes.<sup>12</sup>

Os contributos da formação e da investigação em enfermagem são suficiente alicerce, para sustentar este tipo de intervenções autónomas, baseadas na assumpção da responsabilidade do enfermeiro. Uma grande fatia da investigação a nível nacional e internacional no âmbito das feridas é da autoria de enfermeiros, havendo inúmeros trabalhos científicos publicados a nível mundial.<sup>12</sup>

A educação é um processo contínuo de construção de conhecimento, com utilização de pensamento livre, crítico e reflexivo.<sup>13</sup>

*“A educação em serviço representa actividades desenvolvidas através de programas educativos, com o intuito de orientar os profissionais, segundo os princípios institucionais”*<sup>13</sup> Pode também ser considerada uma actividade de trabalho, desenvolvida com o objectivo de otimizar a qualidade e a competência do profissional, contribuindo para o aumento da satisfação dos utentes.<sup>13</sup>

Torna-se imprescindível que o enfermeiro, principalmente o enfermeiro especialista (tendo em conta a amplitude das suas competências), assuma a responsabilidade pela educação permanente da sua equipa, potencializando o padrão de assistência prestada, promovendo a valorização dos recursos humanos da saúde.<sup>13</sup>

Nos últimos anos, assiste-se a um aumento do interesse dos enfermeiros nas questões relacionadas com o tratamento de feridas. Também a indústria farmacêutica tem posto à nossa disposição, uma maior panóplia de produtos, que é necessário conhecer para poder aplicar. No entanto, detecta-se um deficit de conhecimentos dos profissionais, quanto aos mecanismos de acção, indicações e resultados esperados, no uso de cada produto.<sup>13</sup>

O enfermeiro, possui um papel relevante no tratamento das feridas uma vez que, tem maior contacto com o doente, acompanhando assiduamente, a evolução da lesão e, é quem cuida dela directamente.<sup>13</sup>

A educação em serviço, surge como um instrumento poderoso, contribuindo para o aumento de competências, actualização de conhecimentos e capacidade de fundamentação das decisões dos enfermeiros.<sup>13</sup>

Este facto é ainda reforçado pela evidência de que são os enfermeiros que cuidam das pessoas no dia-a-dia, encontrando-se mais capaz de acompanhar a evolução do processo de cicatrização, que se encontra dependente da sua intervenção.<sup>12</sup>

## SERVIÇO DE PEDIATRIA

Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam pela prescrição de outro técnico, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Esta interdependência constitui-se como uma premissa de trabalho em equipa, implicando actuações que se insiram na área de competência de cada um dos profissionais envolvidos, com a finalidade de otimizar a prestação de cuidados.<sup>12</sup>

Face ao exposto, verifica-se que não existem intervenções dependentes, devendo os profissionais, no interesse dos direitos da pessoa, desenvolver as suas actividades em complementaridade, dentro da sua esfera de competências, em que cada um terá deveres e responsabilidades.<sup>12</sup>

## 7. A NUTRIÇÃO E A CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS

Para WILLIAMS, a manutenção dum bom estado de nutrição num doente hospitalizado é um objectivo importante dos cuidados de enfermagem e, torna-se particularmente relevante quando o doente está a recuperar de uma ferida grave, quer seja ela de origem cirúrgica, acidental ou de doença sistémica.<sup>14</sup>

As *Guidelines* internacionais de prevenção de úlceras de pressão<sup>8</sup> deixam algumas recomendações no que respeita à **nutrição para a prevenção das úlceras de pressão**.

### **RECOMENDAÇÕES GERAIS**

**1. Rastreio e avaliação do estado nutricional a todos os indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão, em todas as instituições de saúde.**

*Uma vez que a subnutrição é um factor de risco reversível no desenvolvimento de úlceras de pressão, a sua detecção e tratamento precoces é muito importante. Indivíduos que estejam em risco de desenvolver úlceras de pressão, podem estar também em risco de subnutrição, por isso, devem ser examinados relativamente ao seu estado nutricional.*

**2. Referenciar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera de pressão para o nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista quando necessário.**

*Se o rastreio nutricional revela indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras de pressão, por se encontrarem desnutridos ou em risco nutricional, então, o nutricionista ou equipa nutricional deve realizar uma avaliação nutricional mais abrangente. Cada indivíduo que se encontre em risco nutricional ou risco de úlcera de pressão, deve receber suporte nutricional suplementar.*

### **RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS**

**1. Oferecer suplementos nutricionais orais, ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco**

***nutricional e de úlceras de pressão, devido a doença aguda ou crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica.***

*A nutrição oral (através de comida normal e/ou alimentação líquida adicional) é a via nutricional preferida e deve ser usada sempre que possível. Os suplementos nutricionais orais são importantes pois muitos doentes que se encontram em risco de úlcera de pressão muitas vezes não podem satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão alimentar oral habitual. Além disto, os suplementos orais parecem estar associados a uma redução significativa do desenvolvimento de úlceras de pressão, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina.*

*1.1. Administrar suplementos alimentares quer por via oral (SAO) quer através de sonda de alimentação (SNG), nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas da refeição.*

Segundo WILLIAMS e confirmado por GOUVEIA, Uma eficaz cicatrização de feridas, exige um aporte adequado de proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas, minerais e oligoelementos.<sup>14, 15</sup>

Deficiências nutricionais específicas podem atrasar de facto, a cicatrização. A presença de todos os aminoácidos essenciais é necessária para a síntese de proteínas tais como o colagénio, a abrange a parte material principal da ferida, bem como as envolvidas na resposta imunitária.<sup>14, 15</sup>

Também o ferro, o cobre o manganês e a vitamina C são co-factores importantes na síntese do colagénio. Concluimos que, em teoria, a deficiência de qualquer um dos elementos acima referidos poderia atrasar o processo de cicatrização de uma ferida, no entanto, a literatura informa-nos de que, na prática, apenas a vitamina C é condição única, claramente ligada a problemas de cicatrização.<sup>14</sup>

O zinco é um elemento envolvido na divisão celular, na epitelização e na formação de colagénio, sendo a sua deficiência relacionada ao aumento da susceptibilidade a infecções. Este elemento pode ser perdido no exsudado da ferida ou por ingesta pobre de longa duração. No entanto, o uso de suplementos de zinco só parece beneficiar doentes em que se verificam baixos níveis deste elemento.<sup>14, 15</sup>

A vitamina A é também importante na manutenção da integridade dos tecidos mas, a sua utilização deve ser cuidadosa uma vez que se observam efeitos tóxicos no caso de sobredosagens.<sup>14</sup>

WILLIAMS, clarifica que o recurso a suplementos pode ser valioso, no caso de doentes mal nutridos, na cicatrização das feridas. Quando estamos perante um doente adequadamente alimentado, é pouco provável que tais suplementos acelerem o processo de cicatrização.<sup>14</sup>

GOUVEIA (2005), lembra-nos de que a água desempenha um papel de extrema importância em pacientes com feridas. Citando SUSSMAN *et al* (2001), GOUVEIA (2005) diz-nos que a desidratação é um factor de risco para o desenvolvimento de feridas e que, as necessidades hídricas de pacientes com úlceras de estádios mais graves, são elevadas. Uma boa hidratação mantém um bom turgor cutâneo e um fluxo sanguíneo adequado nos tecidos, prevenindo a sua ruptura.<sup>15</sup>

É ainda relevante referir que a presença de uma ferida grave, como resultado de um grande traumatismo, está associada a alterações metabólicas marcadas. O organismo pode entrar num processo de hipercatabolismo com presença de hiperglicémia, degradação de gordura, gasto energético aumentado e catabolismo proteico, com efeito nefasto no funcionamento de vários órgãos, nomeadamente do rim.<sup>14</sup>

Os enfermeiros têm um papel vital na identificação dos doentes que provavelmente estarão em risco nutricional, e na coordenação do fornecimento dos regimes alimentares especializados a estes doentes. É também da competência dos enfermeiros, garantir que o apetite dos doentes é encorajado através do fornecimento de refeições atractivas.<sup>14</sup>

As quantidades de alimentos ingeridas e a vigilância do peso são também aspectos relevantes de serem monitorizados, interpretados e registados pelos enfermeiros, no sentido de garantir que os doentes estão a receber uma alimentação adequada.<sup>14</sup>

No caso particular das crianças, pode ser necessário recorrer a técnicas de distração e brincadeira, envolvendo sempre os pais, para que a ingesta alimentar seja adequada. Perante recusa alimentar, podemos recorrer a um maior fraccionamento das refeições ou, em casos mais extremos, a entubação naso/orogástrica. Uma vez mais, neste pequenos utentes, a avaliação da evolução ponderal dá-nos uma informação preciosa, no que respeita ao seu estado nutricional.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de feridas, tem sido um tema muito estudado e divulgado pelos enfermeiros.

No presente trabalho, foi exposta uma síntese bibliográfica sobre as características da pele, suas funções e importância, tipos de lesões que a pele pode sofrer e suas etiologias. Falámos também dos mecanismos de cicatrização e como a sua compreensão nos pode ajudar a escolher o melhor método de tratamento.

Tentámos incidir sobretudo, no tratamento de feridas no utente pediátrico, no entanto, após toda a pesquisa bibliográfica realizada, concluímos que à deficiência de estudos e dados sobre este assunto pelo que, recomendamos fortemente a temática da abordagem às feridas no utente pediátrico em futuros estudos de investigação. Perante a falta de bibliografia, solicitámos ajuda à Associação Portuguesa para o Tratamento de Feridas (APTF), ao Sr. Enfermeiro Paulo Alves (também pertencente a esta associação) e à B-Braun e Nephew-Smith (laboratórios de produtos de tratamento de feridas), no entanto, passado mais de um mês ainda não obtivemos respostas.

Constatámos também que, talvez a falta de trabalhos no âmbito das feridas em pediatria, se deva à baixa incidência de úlceras de pressão em tal faixa etária, sendo as lesões mais comuns as traumáticas e superficiais.

As lesões superficiais, pelo atingimento das terminações nervosas, são altamente dolorosas pelo que a avaliação da dor e seu controlo deve ser uma constante nos cuidados às crianças.

Apresentamos, também, os produtos que temos ao nosso dispor para tratar os diferentes tipos de feridas que nos possam surgir, pois conhecermos as suas indicações e mecanismos de acção, podemos propor a sua utilização, com a devida fundamentação.

Referimos também os produtos que não devem ser utilizados no tratamento de feridas e as razões de os evitarmos.

Por último parece-nos importante referir que, na prevenção está o segredo do sucesso dos cuidados às feridas pelo que recomendamos o recurso à escala de avaliação de

risco de úlceras de pressão BRADEN Q, que é a eleita pelo hospital, como guia de vigilância da pele e pode ser consultada no **anexo II** deste documento.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- <sup>1</sup> BARANOSKI, Sharon – **O ESSENCIAL SOBRE O TRATAMENTO DE FERIDAS: Princípios Práticos** – Loures: Lusodidacta, 2006 ISBN 972-8930-03-8
- <sup>2</sup> THELAN, Lynne [et al ] – **ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS – Diagnóstico e Intervenção** – Camarate, 1996 Lusodidacta ed., 2ª ed ISBN 972 – 96610-2-2
- <sup>3</sup> CUNHA, Nelise A. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas. Olinda, 2006. Disponível em [www.obenpe.com.br](http://www.obenpe.com.br)
- <sup>4</sup> LEOYD, J. M. Treatment of Superficial Wounds and Management of Associated Pain. In: **Primary Health Care**. 2008. 18,4, 41-46
- <sup>5</sup> HOCKENBERRY, Marily [et al ] – **WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo 2006. Elsevier ed. ISBN 13:978-0-323-02593-5.
- <sup>6</sup> TROTT, Alexander – **FERIDAS E LACERAÇÕES: Cuidados de Emergência e Encerramento** – Loures: Lusodidacta, 2009 13-18p; 35-48p ISBN 978-989-8075-17-8
- <sup>7</sup> Peruzzo, A [et al] – Protocolo de cuidados a pacientes com lesões na pele. In Mom. & Perspec.Saúde – Porto Alegre – V.18 – nº 2 – Jul/Dez. 2005- ISSN 0102 – 9398 – disponível em [www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br)
- <sup>8</sup> European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Disponível em: [www.npuap.org](http://www.npuap.org)
- <sup>9</sup> GOUVEIA, J. Feridas Agudas e Iodopovidona: utilização adequada e cicatrização. In: **Nursing**, 2010, Outubro Suplemento 8-10p.
- <sup>10</sup> ELIAS, C. [et al ] – **Material de Penso com Acção Terapêutica – Penso – acto de pensar uma ferida** – Tipografia Lousanense, Lda. Maio 2009 ISBN 978-20-1596-5
- <sup>11</sup> WILLOCK, J. [et al] – The Development of the Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. In: **Journal of Wound Care**. Vol 18,England, January 2009

<sup>12</sup> MATEUS, C. M. Intervenções Autónomas e Intervenções Interdependentes no Tratamento de Feridas: uma análise jurídica. In: **Nursing**. Março 2009, Supl. 2-4p

<sup>13</sup> JACONDINO, C. [et al] Educação em Serviço: que qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. In **Congitare Enferm** 2010, Abril/Junho 15(2; 314-8)

<sup>14</sup> WILLIAMS, C. Cicatrização de Feridas: uma perspectiva nutricional. **IN Nursing: Cadernos de Enfermagem**

<sup>15</sup> GOUVEIA, J. C. O Papel da Nutrição na Cicatrização de Feridas. In **Nursing**. Maio 2005 14-18p

MACEDO, I. [et al] Cuidados Cutâneos no Recém-nascido. In **Consensos em Neonatologia**. 2004 (disponível em [www.spp.pt](http://www.spp.pt))

GUIA DE TRATAMENTO DE FERIDAS, ConvaTec – ConvaTec Wound Therapeutics, 2009

GUIA DE TRATAMENTO DE FERIDAS, Johnson-Johnson – Wound Management, 2006

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **Tipos de lesões cutâneas**



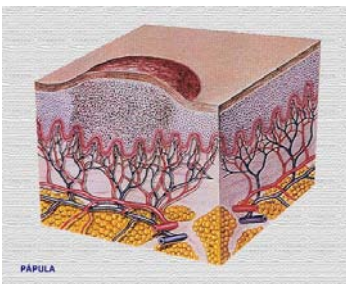
**Nódulo:** elevado, firme, circunscrito e palpável, mais profundo na derme que a pápula, pode ter 1 a 2 cm de diâmetro. Exemplo: eritema nodoso



**Bolha:** vesícula com diâmetro superior a 1 cm.



**Máculas:** lesão plana, não palpável, circunscrita com diâmetro inferior a 1 cm, com cor castanha, vermelha, púrpura ou branca. Exemplo: sardas, nevo plano, sarampo.



**Vesícula:** elevada, superficial, circunscrita e preenchida com líquido seroso, diâmetro inferior a 1 cm. Exemplo: vesículas, varicela.



**Placa:** lesão elevada ou plana em relevo, firme e áspera, com diâmetro superior a 1 cm, pode ser composta por pápulas. Exemplo: psoríase, queratoses seborreicas.



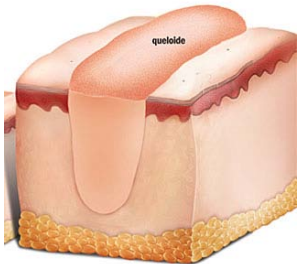
**Quisto:** elevado, circunscrito, palpável; preenchido com conteúdo líquido ou semi-sólido. Exemplo: quisto sebáceo.



**Vergão:** área elevada de edema subcutâneo com formato irregular; sólida, transitória, modificável, com diâmetro variável, cor rosa pálida com o centro mais claro. Exemplo: urticária ou picada de insecto.



**Mancha:** lesão plana e não palpável, formato irregular e maior que 1 cm. Exemplo vitiligo.



**Quelóide:** lesão de formato irregular, elevada que cresce além do limites da ferida, causada pela formação excessiva de colagêneo durante a cicatrização



**Erosão:** Perda de toda a epiderme ou de parte dela; lesão em depressão, úmida, brilhante, acompanha a ruptura de vesículas ou bolhas. Exemplo: varicela após a ruptura das bolhas



Escamas. En la psoriasis, las escamas suelen ser gruesas y de color blanco plateado. Las placas son de color rojo y muy bien definidas.

**Escama:** células queratinizadas empilhadas; irregular; espessa ou delgada; seca ou oleosa; tamanho variável de coloração prateada, branca ou acastanhada. Exemplo: psoríase;



**Escoriação:** perda de epiderme com aspecto de área crostosa linear ou côncava com exposição da derme. Exemplo: arranhão.



**Fissura:** ruptura linear da epiderme em direção à derme, pequena, profunda de coloração avermelhada. Exemplo: queilose.



**Liquenificação:** epiderme áspera e espessada; marcas cutâneas acentuadas devidas a fricção ou irritação; envolve frequentemente as faces flexoras. Exemplo: dermatite crónica.



**Úlcera:** perda das camadas epidérmicas e dérmicas; lesão côncava de tamanho variável; exsudativa; com cor avermelhada. Exemplo: úlceras de decúbito

## **ANEXO 2**

### **Escala de BRADEN Q**

## ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. <b>Completamente imobilizado</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. <b>Muito limitada</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. <b>Ligeiramente limitada</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	<b>4. Nenhuma limitação</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	<b>Pontos</b>
<b>ACTIVIDADE</b> Nível de actividade física	1. <b>Acamado</b> O doente está confinado á cama	2. <b>Sentado</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. <b>Anda ocasionalmente</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. <b>Todos os doentes demasiado jovens para deambular OU caminhar frequentemente:</b> caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	
<b>PERCEÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. <b>Completamente limitada</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação <b>OU</b> Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. <b>Muito limitada</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação <b>OU</b> Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. <b>Ligeiramente limitada</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição <b>OU</b> Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. <b>Nenhuma limitação</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
<b>HUMIDADE</b> Nível de exposição da pele à humidade	1. <b>Pele constantemente húmida</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. <b>Pele muito húmida</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. <b>Pele ocasionalmente húmida</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. <b>Pele raramente húmida</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
<b>FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO</b> <i>Fricção:</i> ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio <i>Deslizamento:</i> ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. <b>Problema significativo</b> Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. <b>Problema</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. <b>Problema potencial</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. <b>Nenhum problema</b> É possível levantar completamente o doente durante uma posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrões usuais de alimentação	1. <b>Muito pobre</b> Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias <b>OU</b> Albumina < 2,5 mg/dl <b>OU</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. <b>Inadequada</b> Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade <b>OU</b> Albumina < 3 mg/dl <b>OU</b> raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. <b>Adequada</b> Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade <b>OU</b> come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. <b>Excelente</b> Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições diárias de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	
<b>PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO</b>	1. <b>Extremamente comprometido</b> Hipotenso (TA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém nascido) <b>OU</b> o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. <b>Comprometido</b> Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% <b>OU</b> a hemoglobina pode ser <10 mg/dl <b>OU</b> o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7.40	3. <b>Adequado</b> Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% <b>OU</b> a hemoglobina pode ser <10 mg/dl <b>OU</b> o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal	4. <b>Excelente</b> Normotenso; aturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; & repleenchimento capilar < 2 segundos	
<b>Total:</b>					

## Escala de Braden Q – Guião para a aplicação prática

A escala Braden Q surge de uma adaptação da escala de Braden para adultos realizada por Curley e Quigley e foi validada para a população pediátrica pediátrica.

1. É constituída por seis subescalas da escala de Braden original (mobilidade, actividade, percepção sensorial, humidade, fricção/forças deslizamento, nutrição) é ainda composta por uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual.
2. As sete subescalas variam entre 1 e 4 (o menor valor é o menos favorável, o de maior risco), com o valor total da escala a varia de 7 a 28.
3. Pode ser aplicado a crianças com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos.
4. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:
  - **Alto Risco** <22
  - **Baixo Risco** ≥ 22

Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas devam ser analisadas individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

### Avaliação

A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade, e aconselha-se a sua aplicação aquando da entrada da criança no serviço, preferencialmente nas primeiras 8 horas.

### Reavaliação

1. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos aconselha-se que esta avaliação seja a cada 24 horas, no entanto se houver alteração de algum dos parâmetros avaliados pela escala esta deve ser reaplicada, podendo ser necessário a sua utilização a cada 8 horas.
2. Nos restantes serviços a sua avaliação pode ser realizada a cada 48 horas, mantendo sempre a premissa de que se houver alteração de algum dos parâmetros a aplicação antecipada da mesma é uma justificação.
3. Em situação de doença crónica (por exemplo alterações neurológicas) e acompanhamento em domicílio, a sua reavaliação pode acontecer apenas aquando da vinda da criança para consultas de vigilância ou sempre que haja deslocação dos profissionais ao domicílio.

PRODUCTO	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<p><b>AQUACEL Ag</b></p> <p><b>ACTISORB</b> (carvão activado + prata)</p>	<p>Feridas crónicas (úlceras de perna, de pé diabético, decúbito); Feridas cirúrgicas; Feridas traumáticas; Feridas oncológicas <b>Todas que estejam infectadas ou em risco de infectar.</b></p>	<p>Penso absorventes, com propriedades anti-microbianas, impregnados em prata. Devem ser usados humedecidos em SF ou água destilada e cobertos por penso de cobertura. A ferida deve estar desbridada. Podem permanecer 7 dias ou, em caso de queimadura, 14 dias. O carvão é indicado em feridas com cheiro intenso.</p>
<p><b>ALLEVYN CAVITY</b> (penso hidrocélular cavitário não adesivo)</p> <p><b>COMBIDERM – N</b> (apósito absorvente não adesivo)</p>	<p>Feridas crónicas como úlceras de pressão, exsudativas; <b>Feridas agudas exsudativas como abrasões, lacerações, biopsias, feridas cirúrgicas abertas ou fechadas.</b></p>	<p>Apósitos estéreis, não adesivos. Mantém o ambiente da ferida húmido favorecendo a cicatrização. Capacidade absorvente. Deve ser fixado com penso secundário ou ligadura. Não deve permanecer mais de 7 dias.</p>
<p><b>ALLEVYN GENTLE BORDER</b></p> <p><b>ALLEVIN GENTLE</b> (penso de espuma hidrocélular com adesivo)</p> <p><b>ALLEVIN ADHESIVE</b> (penso hidrocélular de poliuretano adesivo)</p>	<p>Tratamento de feridas por segunda intenção; <b>Feridas superficiais</b> com tecido de granulação; Feridas exsudativas agudas ou crónicas; Úlceras de pressão; <b>Feridas cirúrgicas;</b> <b>Queimaduras grau I ou II</b></p>	<p>Penso de espuma hidrocélular co adesivo de silicone e gel, protege os bordos das feridas.</p> <p>Não deve permanecer mais de 7 dias.</p>
<b>GELITACEL</b>	Procedimentos cirúrgicos para controlo de hemorragia.	Penso hemostático estéril absorvível.
<b>ASKINA GEL</b>	Feridas não exsudativas ou com tecido necrosado.	Promove desbridamento e remoção de tecidos necrosados e outro “debris” em feridas pouco exsudativas. A ferida pode aumentar de tamanho devido ao desbridamento.

PRODUCTO	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<p><b>SUPRASORB</b> (penso com alginato de cálcio)</p> <p><b>AQUACEL</b> (penso hydrofiber carboximetilcelulose sódica)</p> <p><b>ASKINA BIOFILME TRANSPARENTE</b></p>	<p>Feridas moderada a muito exsudativas.</p> <p>Feridas Profundas (úlceras de pressão, de perna, pé diabético, queimaduras de grau II, lesões cirúrgicas).</p> <p>Feridas crónicas ou agudas superficiais.</p>	<p>Deve aplicar-se humedecido.</p> <p>O AQUACEL pode permanecer até 14 dias se aplicado em queimaduras. Podem permanecer até 7 dias.</p>
<p><b>CARBOFLEX</b> (alginato de cálcio + carvão activado)</p>	<p>Lesões com cheiro intenso.</p> <p>Penso primário em lesões superficiais;</p> <p>Penso secundário sobre camadas de preenchimento em feridas cavitadas.</p>	<p>Aplicar a face não brilhante em contacto com a lesão.</p>
<p><b>INADINE</b> (compressa impregnada com iodopovidona a 10%)</p>	<p><b>Prevenção de infecção em pequenas queimaduras e em pequenas lesões traumáticas com perda de pele.</b></p>	<p>Usado em adultos e <b>crianças.</b></p> <p>Usar com supervisão em RN e até aos 6 meses por perigo de absorção cutânea da iodopovidona.</p>
<p><b>VARIHESIVE GEM CONTROL</b> (apósito hidrocolóide)</p>	<p>Lesões crónicas (úlceras de pressão);</p> <p><b>Lesões agudas (traumáticas, queimaduras);</b></p> <p><b>Excisões dermatológicas;</b></p> <p><b>Feridas cirúrgicas</b></p>	<p>Ajuda no desbridamento autolítico, facilitando a migração das células epiteliais.</p> <p><b>Permite remoção não agressiva.</b></p>

## **ANEXO VI**

**Plano da Acção de Formação sobre Cuidar de Feridas no Utente Pediátrico**



## PLANO DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>Tema</b>	<b>Feridas no utente pediátrico</b>
<b>Destinatários</b>	<b>Enfermeiros do serviço de Pediatria</b>
<b>Local</b>	<b>Sala de reuniões do serviço de Pediatria</b>
<b>Data</b>	<b>26 de Janeiro de 2011</b>
<b>Hora</b>	<b>14:30 às 15h</b>
<b>Formador</b>	<b>AEESIP Manuela Correia</b>

### Objectivo Geral

**Contribuir para a actualização dos conhecimentos dos Enfermeiros do serviço de Pediatria, no tratamento de feridas nos utentes pediátricos.**

### Objectivos Específicos

- **Relembrar as principais características e funções da pele.**
- **Reconhecer que a pele das crianças e jovens têm características diferentes da pele dos mais velhos.**
- **Recordar o conceito de ferida, suas causas e tipos.**
- **Rever sumariamente o mecanismo de cicatrização de feridas.**
- **Enunciar o conceito de penso e suas características ideais.**
- **Conhecer os materiais de penso disponíveis no hospital.**
- **Mencionar produtos a evitar no tratamento de feridas.**

### Metodologia

**Expositiva/ Participativa**



## Meios Complementares de Formação

- Computador portátil
- Projector

## Avaliação

**Indicadores de interesse: participação, questões colocadas, formulário do centro de formação do hospital.**

## **ANEXO VII**

**Divulgação da Acção de Formação – Enfermagem Pediátrica e o Tratamento de Feridas: uma actualização de conhecimentos**



## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Tema:** Enfermagem pediátrica e o tratamento de feridas: uma actualização de conhecimentos

**Destinatários:** Enfermeiros do serviço de Pediatria

**Local:** Sala de reuniões do serviço de Pediatria

**Data:** 26/1/20011

**Hora:** 14:30 às 15H

**Formador:** AEESSIP Manuela Correia

**OBJECTIVO GERAL:** Contribuir para a actualização dos conhecimentos dos Enfermeiros do serviço de Pediatria, no tratamento de feridas nos utentes pediátricos.



## **ANEXO VIII**

**Diapositivos da Acção de Formação – Enfermagem Pediátrica e o Tratamento de Feridas: uma actualização de conhecimentos**

# ENFERMAGEM PEDIATRICA E O TRATAMENTO DE FERIDAS

## Uma actualização de conhecimentos



# Objectivo Geral

Contribuir para a actualização de conhecimentos dos Enfermeiros do serviço de Pediatria, no que respeita ao tratamento de feridas.

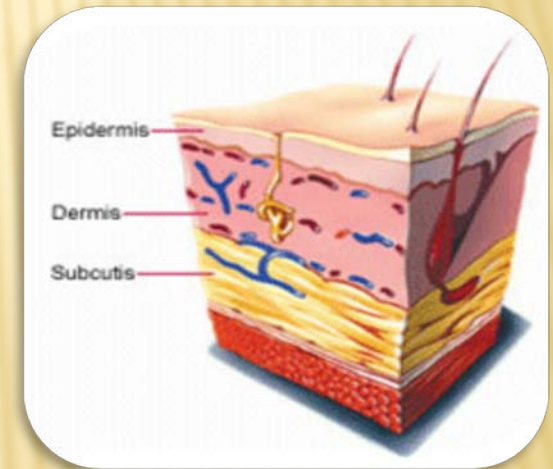


## Objectivos Específicos:

- ✘ Referir os tipos de lesões cutâneas mais comuns no utente pediátrico.
- ✘ Relembrar o mecanismo de cicatrização das feridas.
- ✘ Apresentar os materiais de pensos mais actuais e quais existem no HFF.
- ✘ Evidenciar os produtos a evitar no tratamento de feridas

**Pele:** importante e maior órgão do corpo

- ✘ Manutenção da temperatura corporal
- ✘ Barreira à perda de água por evaporação
- ✘ Actividade metabólica (produção de vitamina D)
- ✘ Protecção contra o meio através da sensação, do toque, da pressão e toque
- ✘ Aparência cosmética



(THELAN [et al] 1996)

## Lesões cutâneas

*“Feridas são soluções estruturais ou fisiológicas de continuidade da pele, que activam respostas normais ou anormais de reparação tecidual”*

(THELAN [et al] 1996)

## Sua etiologia

Contacto com agentes nocivos: microrganismos, produtos químicos, traumatismos

Factores hereditários

Doenças sistémicas

(THELAN [et al] 1996)

## FERIDAS

### Vários tipos de Classificação

agudas, crónicas, cirúrgicas, traumáticas, superficiais...

### Úlceras de pressão

Sistema de classificação das úlceras de pressão NPUAP/EPUAP

**Categoria I:** eritema não branqueável em pele intacta

**Categoria II:** perda parcial de espessura da pele ou flictena

**Categoria III:** perda total da espessura da pele com tecido subcutâneo visível

**Categoria IV:** perda total da espessura dos tecidos (músculo e osso visível)

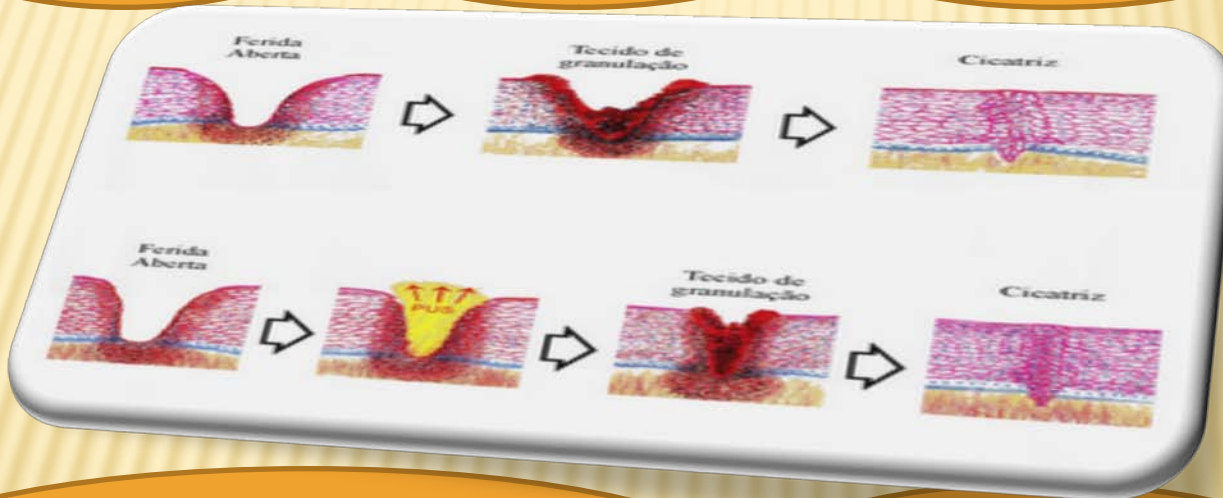


## Mecanismo de cicatrização das feridas

Hemostase

Fase inflamatória

Epitelização



Contração da ferida e remodelação

Síntese de colagénio

N  
e  
o  
v  
a  
s  
c  
u  
l  
a  
r  
i  
z  
a  
ç  
ã  
o

**Humidade é essencial para o ideal movimento celular no leito da ferida**

## PENSO:

*“O meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura estéril sobre a ferida previamente limpa. Tem como objectivo promover a cicatrização, (por meio de técnica asséptica) prevenir a contaminação e eliminar factores negativos que possam retardá-la”.*



(CUNHA, 2006)

# CARACTERÍSTICAS DO PENSO IDEAL

Proporcional meio húmido

Proteger o leito da ferida de partículas e contaminantes tóxicos

Remover excesso de exsudado

Permitir trocas gasosas

Manter temperatura ideal

Proteger o leito da ferida de microrganismos

Remoção sem trauma

*(CUNHA, 2006)*

## TIPOS DE PENSOS

### PENSOS TRANSPARENTES

- Poliuretano fino com adesivo
- Não absorventes
- Semipermeáveis aos gases
- Permitem geração de vapor húmido: ambiente de flictena ( facilitador da migração das células epiteliais).



Usar em:

Úlceras I e II  
Queimaduras superficiais  
Suturas  
Inserção de cateteres

## TIPOS DE PENSOS

### **PENSOS HIDROCOLÓIDES. Ex.: Askina biofilme transparente; Vareihesive Gem Control**

Compostos por:

Adesivo  
Polimeros absorventes  
Péctina Gélica  
Carboximetilcelulose sódica

- Reagem com os fluidos da ferida → gel
- Devem exceder os bordos da ferida em cerca de 2,5 cm
- Mudados em intervalos de 3 a 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado

Indicações

Feridas com exsudado de pouco a moderado  
Quebras cutâneas  
Lacerações  
Úlceras de pressão



## TIPOS DE PENSOS

### PENSOS DE ESPUMA. Ex.: Allevyn; Combiderm

- Muito absorventes, feitos à base de poliuretano, permeáveis aos gases e ao vapor de água
- Podem permanecer até 7 dias, dependendo da exsudação



### Indicações

- Feridas com exsudado moderado a elevado
- Protecção de proeminências ósseas/ áreas de fricção
- Perda parcial a total da espessura da pele
- Feridas em fase de granulação/ necróticas
- Feridas cirúrgicas
- Flictenas

## TIPOS DE PENSOS

### PENSOS DE ALGINATO DE CÁLCIO. Ex.: Suprasorb; Carboflex



- Derivados de algas marítimas castanhas
- Absorventes
- Não aderentes
- Biodegradáveis
- Contacto com fluidos da ferida → gel de alginato de sódio solúvel que mantém o leito da ferida húmido

#### Indicações

Feridas cavitárias muito exsudativas  
Úlceras de pressão  
Incisões cirúrgicas  
Feridas infectadas

Mudados diariamente ou de acordo com a drenagem da ferida

#### Contra indicados

Feridas secas e com necrose  
Queimaduras de grau III

## TIPOS DE PENSOS

### PENSOS ANTIMICROBIANOS. Ex.: Aquacel Ag; Actisorb; Inadine

Fornecem protecção antimicrobiana

Fornecem ambiente húmido

Compostos por iões de prata ou cadexómero de iodo

Indicações

Feridas crónicas  
Feridas cirúrgicas;  
Feridas traumáticas;  
Feridas oncológicas  
**Todas que estejam infectadas ou em risco de infectar.**



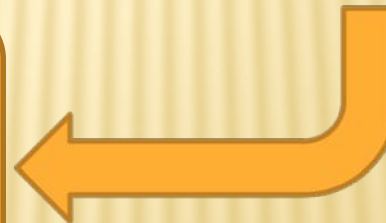
# PRODUCTOS A EVITAR NO TRATAMENTO DE FERIDAS

## Peróxido de Hidrogénio



- Sem acção anti-séptica
- Oxidante: destrói bactérias anaeróbicas mas perde tal efeito em contacto com matéria orgânica
- No tecido de granulação pode formar bolhas de ar e lesionar o leito da ferida

## Tintura de Benjoin



- Acção anti-séptica local
- Adstringente e protector cutâneo
- Indicado apenas em pele **Íntegra**

# PRODUCTOS A EVITAR NO TRATAMENTO DE FERIDAS

## Hipoclorito de Sódio



- Alterações morfológicas nos neutrófilos, fibroblastos e células epiteliais
- Atrasa o desenvolvimento do colagénio
- Inibe a migração celular
- Causa danos na microcirculação
- Perde efeito anti-séptico em contacto com matéria orgânica

- Indicada na anti-sépsia de pele e mucosas íntegras
- Tóxica: leucócitos, fibroblastos e eritrócitos
- Inibição das proteases
- Atrasa a epitelização dos tecidos
- Potencial alergénico

## Iodopovidona



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- **Abordagem às feridas deve ser feita pela equipa multidisciplinar**
- **Actualização dos conhecimentos permite prestar melhores cuidados**
- **Conhecer os produtos ao nosso dispor, suas características e indicações, permite uma escolha mais racional, eficaz e fundamentada**
- **Recordar que o conforto e o alívio da dor devem ser uma prioridade no cuidado ao utente pediátrico**





## SERVIÇO DE PEDIATRIA



**Fim**



## **ANEXO IX**

**Questionário de Avaliação da Acção de Formação**

## AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>Avaliação Global</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>
Os Conhecimentos da Formação Foram claros			4	2	6
Os conteúdos foram adequados aos objectivos			2	4	6
Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes			2	4	6
A duração da acção / formação foi adequada			3	3	6
O relacionamento entre os pacientes foi positivo			3	3	6
As instalações foram adequadas			1	5	6
Os meios audiovisuais foram adequados			1	5	6
A documentação foi suficiente			2	4	6
O apoio administrativo e técnico foi o adequado			2	4	6

<b>Avaliação do Impacto da formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>
Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos			2	4	6
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções				6	6
Os conhecimentos adquiridos são permitir melhor o meu desempenho				6	6
Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional				6	6

<b>Avaliação dos Formadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>
O formador revelou dominar o assunto			2	4	6
A metodologia foi adequada			2	4	6
A exposição dos assuntos foi clara			2	4	6
A relação estabelecida com os formadores foi positiva			2	4	6
O formador estava motivado			1	5	6

<b>Grupo Profissional</b>	<b>Valido</b>
Auxiliar	
Administrativo	
Enfermeiro	4
AE	
Médico	
Técnico de diagnóstico e terapêutica	
Técnico superior de Saúde	1
Técnico superior	
Dirigente	
Outro	
<b>Total</b>	<b>5</b>

## AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### CONCLUSÃO

Estiveram presentes na formação 5 formandos.

Foram unânimes ao considerarem a formação útil para o exercício das suas funções e que contribuíram para o seu desenvolvimento profissional.

## **ANEXO X**

**E-mail's trocados com o médico responsável pelo BLM**

## **ANEXO XI**

**Compêndio: Leite Humano de Dadora para Recém-nascidos Prematuros**

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E ESPECIAIS NEONATAIS**

**LEITE HUMANO DE DADORA PARA  
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

**Aluna do Curso de Mestrado  
em ESIP:**

**M<sup>a</sup> Manuela S. Correia**

**Orientadora:**

**Enf<sup>a</sup> Chefe Helena Ribeiro  
da Silva**

**Docente:**

**Professora Adjunta  
Margarida Lourenço**

**Amadora, Outubro de 2010**

## SUMÁRIO

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1. DESENVOLVIMENTO DO TRACTO GASTROINTESTINAL E SEU FUNCIONAMENTO NO FETO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS .....</b>	<b>7</b>
<b>3. LEITE HUMANO DE DADORA .....</b>	<b>10</b>
<b>4. LEITE HUMANO DE DADORA VS LEITE DE FÓRMULA PARA PREMATUROS .....</b>	<b>12</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>14</b>

## **0. INTRODUÇÃO**

No âmbito do estágio em Neonatologia incluído no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-nos proposto aprofundar e partilhar conhecimentos sobre aleitamento materno e aleitamento com leite humano de dadora em recém nascidos prematuros e, a realização de um procedimento que contribua para a correcta administração de leite humano de dadora (LHD), na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF).

São inquestionáveis os benefícios do aleitamento materno para os recém-nascidos, quer seja do ponto de vista nutricional, imunológico, psicológico ou sócio-económico.

O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, enzimas, minerais e células vivas, perfeitamente adequada ao recém-nascido de termo. Todas estas qualidades do leite humano tomam maior relevo quando nos referimos a recém-nascidos pré-termo ou prematuros, devido à sua maior vulnerabilidade.<sup>1</sup>

Importa relembrar os conceitos de recém-nascido pré-termo e recém-nascido prematuro (RNPT). O primeiro é aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação, o segundo é o que funcional e organicamente tem falta de maturidade, o que dificulta a sua adaptação ao ambiente extra-uterino e sua sobrevivência. O recém-nascido pré-termo pode não ser obrigatoriamente prematuro.

No presente, os profissionais da UCIN do HFF procuram aproveitar os benefícios do leite humano nos bebés de quem cuidam, com o objectivo de otimizar o seu desenvolvimento, tratamento e protecção contra complicações. Assim, além de se estimular activamente o aleitamento pela própria mãe (tendo este hospital sido certificado pela UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés em Outubro em 2010), recebem do Banco de Leite Humano (BLH) da Maternidade Alfredo da Costa (MAC), leite humano de dadora para os prematuros que não podem ser alimentados pelo leite da própria mãe.

Neste documento procuramos apresentar resumidamente aspectos do desenvolvimento do tracto gastrointestinal e seu funcionamento no feto. Abordaremos a importância do leite materno nos prematuros, aspectos inerentes ao leite humano de dadora e algumas considerações sobre a administração de LHD comparativamente à utilização de Leite de Fórmula para Prematuros (LFP).

Esperamos que a presente compilação bibliográfica elucidie e cativie os leitores e estimule novas pesquisas, com vista à constante actualização de conhecimentos.

## **1. DESENVOLVIMENTO DO TRACTO GASTROINTESTINAL E SEU FUNCIONAMENTO NO FETO**

Na tentativa de melhor compreender a introdução da alimentação entérica nos RNPT, pareceu-nos útil dar uma breve perspectiva da diferenciação e desenvolvimento do tracto gastrointestinal e seu funcionamento no feto, uma vez que, com no parto pré-termo, este processo é parado antes de estar concluído.

O crescimento intra-uterino ocorre numa sequência de 3 estádios que podem ser identificados como: pré-concepcional, embrionário e o fetal. O primeiro envolve o tempo de concepção, o segundo inclui o período entre a concepção e o desenvolvimento dos órgãos *major* com a duração de 8 semanas. O estádio fetal engloba o período entre o final da embriogénese até ao parto.<sup>2</sup>

Num parto pré-termo o desenvolvimento fetal é abruptamente interrompido *in útero*, pelo que é importante conhecer a fisiologia e as taxas de desenvolvimento esperadas para se tentar ajudar e monitorizar o desenvolvimento do bebé após o parto pré-termo.<sup>2</sup>

Sabe-se que o peso do feto pode aumentar em média 15g/Kg/dia e também é sabido que a composição corporal do bebé muda dramaticamente na última metade da gestação assim como as suas necessidades nutricionais.<sup>2</sup>

Os estudos científicos informam-nos de que entre as 3 e as 4 semanas de gestação encontramos presentes o estômago o esófago e o cólon representados num tubo simples.<sup>3</sup>

Entre as 5 e as 9 semanas de gestação o tubo intestinal alonga-se e cria uma hérnia que origina o cordão umbilical. Seguidamente o intestino vai ganhando rotações e às 9 semanas observam-se já vilosidades no ílion.<sup>3</sup>

Às 10 semanas, formam-se as microvilosidades e surgem as criptas de Lieberkühn.<sup>3</sup>

Às 12 semanas surgem as células parietais no estômago e as camadas musculares do intestino estão bem desenvolvidas. Ocorre maturação do paladar e inicia-se a secreção biliar.<sup>3</sup>

Por volta das 16 semanas de gestação, o feto adquire a habilidade de sucção e deglutição embora descoordenadas. Observam-se vilosidades em todo o intestino e inicia-se a actividade das enzimas lipase e tripsina.<sup>3</sup>

Às 18 semanas o mecónio está já presente e as células ganglionares surgem. Entre as 20 e as 24 semanas encontramos amilase na boca e pâncreas e a maltase e a sacarase activam-se no estômago.<sup>3</sup>

Às 28 semanas os níveis de lactase estão a aumentar e às 32 semanas já ocorre esvaziamento gástrico normal. A partir das 34 semanas a coordenação entre sucção e deglutição está adquirida, detecta-se ácido clorídrico no estômago e o peristaltismo é rápido. Neste momento a lactase atinge os níveis do adulto.<sup>3</sup>

Pode então considerar-se que o processo de diferenciação, desenvolvimento e funcionamento do sistema gastrointestinal do feto está concluído e ele pode adquirir autonomia alimentar.

## **2. IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

O objectivo principal da nutrição dos RNPT é proporcionar os nutrientes necessários a um crescimento adequado e, que não seja limitativo de um normal desenvolvimento psicomotor no futuro. Pretende-se assim que o bebé nascido prematuramente, tenha um crescimento de cerca de 10 a 15g/Kg/dia, que é o equivalente ao que cresceria se se mantivesse no útero materno. Deste modo a necessidade diária de alimento destes bebés será garantida com a administração de cerca de 150 a 200ml/Kg/dia de leite.<sup>4</sup>

A utilização de leite humano, preferencialmente da própria mãe em RNPT, baseia-se nas suas propriedades imunológicas, no seu papel de maturação gastrointestinal, na formação de vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurocomportamental.<sup>1</sup>

NASCIMENTO & ISSLER (2004) referindo-se a vários estudos por eles analisados, realçam que a coordenação sucção/deglutição nos prematuros é maior durante o aleitamento materno. É também de apontar que os níveis de pressão parcial de oxigénio transcutâneo, a saturação de oxigénio e a temperatura corporal são mais elevados do que aquando da alimentação por biberon.<sup>1</sup>

Existem evidências epidemiológicas de que a alimentação com leite humano esteja relacionada a um menor índice de re-internamentos em RNPT, mesmo após a administração de leite de fórmula como suplemento. Assim, mesmo a amamentação parcial deve ser encorajada.<sup>1</sup>

O RNPT parece não apresentar protecção bem desenvolvida contra o stress oxidativo com o qual as “doenças da prematuridade” parecem estar relacionadas (a enterocolite necrosante (NEC), displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade...). O leite materno (LM) oferece melhor protecção antioxidante que os leites artificiais. Vários estudos indicam que a incidência de qualquer infecção é significativamente menor nos recém-nascidos de muito baixo peso alimentados com leite humano comparativamente àqueles alimentados exclusivamente com leite adaptado.<sup>1</sup>

Também SHANLER [*et al*] (2005) reconhece que os efeitos protectores do leite humano beneficiam os RNPT, evidenciando-se taxas inferiores de sépsis tardia, enterocolite necrosante, infecções do tracto respiratório superior, do tracto urinário e diarreia, comparativamente aos bebés alimentados com leite de fórmula para prematuros.<sup>5</sup>

Os ácidos gordos omega3 são essências para que haja um normal desenvolvimento da retina assim, estes lípidos em combinação com outras substâncias anti-oxidantes como a vitamina E, o  $\beta$ -caroteno e a taurina (todos presentes no leite materno) poderiam explicar a protecção oferecida pelo LM contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade.<sup>1</sup>

As mães de RNPT devem ser estimuladas na utilização de bomba extractora de leite precocemente após o parto, preferencialmente nas primeiras 48 horas, com o objectivo de estimular a lactação para que o seu bebé possa contar com a quantidade de leite adequada nas semanas subsequentes. Sugere-se que a extracção de leite seja similar em frequência, ao número de mamadas que o bebé faria diariamente se fosse de termo.<sup>1</sup>

Nas primeiras 4 semanas após o parto, as mães de RNPT produzem leite com maior concentração de óxido nítrico, proteínas com função imunológica, lípidos totais, ácidos gordos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia, que o leite produzido pela mãe de um recém-nascido de termo.<sup>1</sup>

Também AULER & DELPINO (2008), defendem que o leite produzido pelas puérperas de prematuros sofre modificações de composição, tornando-se um leite mais completo como forma de compensar as necessidades especiais dos prematuros.<sup>6</sup>

No entanto, o leite materno de puérperas de RNPT, embora seja o mais adequado a estes bebés, tem ainda assim limitações no que respeita às necessidades nutricionais do RNPT, não tem carga calórica para um crescimento óptimo (embora se revele mais energético do que o leite de puérperas de termo) tendo também quantidades insuficientes de sódio, cálcio, fósforo, ferro e vitaminas. Por tal, torna-se necessária a sua suplementação.<sup>4</sup>

Caso o leite da mãe não esteja disponível, o leite humano processado em bancos de leite, que mantém muitos factores de protecção, é outra opção. É uma alternativa segura e viável mas, o LHD pode ser nutricionalmente inadequado ao RNPT pelo que, pode ser necessário proceder à sua suplementação ou fortificação com aditivos apropriados (que existem previamente preparados sob a forma de pós ou líquidos no mercado), tal como acontece para o leite materno.<sup>1</sup>

### **3. LEITE HUMANO DE DADORA**

O leite humano é presentemente considerado não só um alimento mas, também um sistema biológico dinâmico. O interesse neste alimento reside nas suas propriedades imunológicas que protegem activamente contra infecções, e na mudança favorável que provoca na colonização bacteriana do intestino.<sup>7</sup>

Como pudemos constatar anteriormente, o leite materno proporciona inúmeros benefícios ao bebé que alimenta. No entanto, nem todas as mães são capazes de disponibilizar leite suficiente para as necessidades dos seus filhos durante todo o internamento pelo que, em alternativa, os bebés são alimentados com leite de fórmula para prematuros.

Outra opção surgiu, para além do LFP com o aparecimento dos bancos de leite: o leite humano de dadora. Ele parece ser promissor na substituição do leite materno, em termos das suas propriedades protectoras.<sup>5</sup>

O leite de dadora é normalmente obtido a partir de mulheres com partos a termo e já numa fase de lactação mais tardia. O leite é doado por mães saudáveis que estão a amamentar os seus próprios filhos e que têm leite em excesso. Tal leite é analisado antes e depois da pasteurização, com o objectivo de garantir a sua segurança bacteriológica (Banco de Leite da MAC, 2010).

O processo de pasteurização implica a sujeição do leite a temperaturas de 62,5 C, durante 30 minutos. Está provado que esta técnica é segura em termos bacteriológicos e virais mas, é também responsável pelo decréscimo da actividade funcional de factores bioactivos do leite materno.<sup>8</sup>

É importante referir que o leite uma vez “extraído”, descontaminado através do processo de pasteurização, exposto à luz, colocado em contentores de armazenamento, congelado, descongelado e aquecido, leva a que este sofra alterações qualitativas que o torna diferente do leite inicialmente obtido. Os componentes anti-microbianos podem ser parcialmente danificados e a lipase desnaturada. A pasteurização destrói 24% das lisoenzimas, 57% da lactoferrina e 34% da IgG. A exposição à luz durante 3 horas leva a uma redução de 50% da riboflavina e 70% da vitamina A.<sup>9</sup>

No entanto, outros compostos biológicos de fulcral importância são preservados, como nos indica um recente estudo sobre os oligossacáridos.<sup>7</sup>

Os oligossacáridos têm um papel de peso na importância do leite humano pelas suas propriedades prebióticas, imuno-moduladoras e efeitos antimicrobianos. Eles têm “efeito biomassa”, favorecendo o desenvolvimento da flora de *bifidus* e ainda funcionam como competidores de receptores celulares relativamente a agentes patogénicos.<sup>7</sup>

O leite pode ser extraído manual ou mecanicamente (com recurso a bombas eléctricas), podendo ser de 2 tipos: leite inicial ou final, variando estes em percentagem de valor energético e quantidade de gordura.<sup>8</sup>

O leite maduro terá uma composição mais baixa em proteínas, sódio e zinco que o leite produzido na fase inicial da amamentação (colostró).<sup>8</sup>

SHANLER [*et al*] (2005) referem no seu estudo, o facto de os bebés prematuros que recebem LHD apresentam taxas de crescimento inferior àqueles que recebem leite de fórmula pelo que, necessitam da administração de maiores quantidades de LHD.<sup>5</sup>

Analiticamente, observa-se que o leite de dadora tem baixo conteúdo proteico, é pobre em gorduras e energia total. Estes aspectos devem-se não só ao facto do leite ser proveniente de mães de recém-nascidos de termo ou em fase avançada da lactação e, também aos processos de recolha, conservação e processamento do leite.<sup>5</sup> No sentido de minimizar os déficits nas propriedades do LHD, pode recorrer-se à sua correcção usando-se “fortificantes do leite humano”.<sup>9</sup>

#### **4. LEITE HUMANO DE DADORA VS LEITE DE FÓRMULA PARA PREMATUROS**

Vários autores sugerem que o LHD exclusivo reduz a incidência de NEC e melhora a tolerância alimentar, parecendo estar associado à redução do tempo de alimentação parentérica e de dias de internamento. No entanto, observa-se um crescimento mais lento do RNPT comparativamente à alimentação com LFP.<sup>10, 11</sup>

SIMMER & HARTMANN (2009) referem também existirem razões teóricas que indicam que a utilização de LHD potenciam a prevenção da obesidade infantil.<sup>11</sup>

SCHANLER [*et al*] (2005), realizou um estudo randomizado, envolvendo 243 bebês extremamente prematuros, com idades gestacionais entre as 23 e as 29 semanas, num hospital do Texas, EUA. Este estudo insidiou na comparação da incidência de NEC, de sépsis endógena tardia e tempo de internamento, em bebês alimentados com LFP e LHD.<sup>5</sup>

Neste estudo os investigadores aperceberam-se de que o LHD é nutricionalmente inferior ao LM e que leva a um crescimento mais lento e ao surgimento de anomalias no metabolismo mineral dos ossos do bebê.<sup>5</sup>

Mais nos é dito, que os bebês alimentados com LHD apresentam taxas semelhantes de incidência de sépsis endógena tardia, de NEC bem como outras infecções, aos bebês alimentados com LFP.<sup>5</sup>

Há também a referir que são necessárias maiores quantidades de LHD e mais suplementos que de LFP, para que as taxas de crescimento dos bebês esperadas sejam atingidas.<sup>5</sup>

Em 2007, o mesmo autor confirma estas conclusões, num estudo de revisão por ele realizado, face às publicações dos últimos 20 anos sobre esta temática.<sup>8</sup>

Assim, a evidência dos benefícios do LHD quando comparados com o LFP não é clara.<sup>10</sup>

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe evidência científica de que alimentar bebês prematuros e mesmo muito prematuros com LM, trás inúmeros benefícios imunológicos. No entanto, continuamos a encontrar prematuros a contraírem infecções várias mesmo com aleitamento materno exclusivo. Não está claro se estes factos se devem à quantidade de leite administrada ou à própria composição do leite (prematuro) com falta de factores de protecção.<sup>8</sup>

Parece-nos ainda relevante concluir que o leite humano (sendo produzido de acordo com as necessidades nutricionais do lactente, e considerando que a sua composição vai variando no sentido de se adaptar ao desenvolvimento do bebê), deve ser alvo de mais estudos no sentido de se perceber até quando o leite de dadora poderá ser, ou não, adequado ao RNPT, isto é, a questão a colocar é se o leite de uma mãe de um lactente de 2 meses, por exemplo, ainda é benéfico para um RNPT?

Outra questão que é de importância gritante é o custo associado à utilização de LHD. Através de um simples cálculo, podemos ter uma noção do custo/benefício da utilização do LHD.

Por exemplo, nos EUA um banco de leite sem fins lucrativos, cobra 3 dólares por cada 30ml de LHD. Este valor cobre todo o processo analítico, de conservação e transporte. Hipoteticamente, um RNPT que seja alimentado exclusivamente de LHD e que consuma 10l de leite até à alta, terá um custo de cerca de 1000 dólares. Se com este tipo de alimentação conseguirmos que o bebê tenha menos complicações, traduzindo-se em menores custos em medicação e menor demora de internamento (tendo em conta o elevado custo da diária numa unidade de cuidados intensivos neonatais), terá provavelmente valido a pena o investimento.<sup>11</sup>

Resta-nos salientar uma vez mais que, a vulnerabilidade dos RNPT merece, de facto, que o tentemos proteger da melhor forma pelo que, as propriedades do leite humano de dadora devem ser valorizadas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> NASCIMENTO, M. ISSLER, H. Aleitamento Materno em Prematuros: manejo clínico hospitalar. **In: Jornal de Pediatria.** (Rio J.) 2004;80 (5 supl): S163 – S172.
- <sup>2</sup> POLIN, Richard; FOX, William.- **Fetal and Neonatal Physiology** - 2ª Ed, volume I. Philadelphia 1998. Saunders Editores. ISBN 0-7216-6017-7
- <sup>3</sup> BRODSKI, D; MARTIN, Camila – **Neonatology Review**- Philadelphia 2003. Hanley & Balfuns, inc ed. ISBN 978-1-56053-491-4
- <sup>4</sup> GOMES, A. Nutrição Entérica do Recém-Nascido Prétermo. **In: Consensos em Neonatologia.** 2004 109-112p. Sociedade Portuguesa de Neonatologia
- <sup>5</sup> SHANLER, R. [et al]. Randomized Trial of Donor Human Milk *versus* Preterm Fórmula as Substitutes for Mother’s Own Milk in Feeding of Extremely Premature Infants. **In: Pediatrics.** 2005; 116; 400-406
- <sup>6</sup> AULER, F. DELPINO, F. Terapia Nutricional em Recém-Nascidos Prematuros. **In: Revista Saúde e Pesquisa.** Volume I, nº 2 Maio-Agosto 2008. 209-216p
- <sup>7</sup> BERTINO, E. [et al] Benefits of Donor Human Milk for Preterm Infants: corrent evidence. **In: Elsevier.** 85 (2009) S9-S10
- <sup>8</sup> SHANLER, Richard. Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet needs of premature infants: the role of human milk. **In: Am J Clin Nutr** 2007; 85(suppl): 625S-8S
- <sup>9</sup> TSUNG, Reginald C. [et al]- **Nutritional Needs of the Preterm Infant: scientific basis and pratical guidelines.**- 1993 USA. Waverly Europe etd editores. ISBN 0-683-08425-9
- <sup>10</sup> BOYD C. QUIGLEY, M. BROCKLEHURST, P. Formula Milk *versus* Donor Breast Milk for Feeding Preterm or Low Birth Weight Infants (Review). **In: The Cochane Library,** 2008, Issue 4

<sup>11</sup> SIMMER, K. HARTMANN, B. The Knows and Unknowns of Human Milk Banking. **In: Elsevier** 85 (2009) 701-704


BOYD C. QUIGLEY, M. BROCKLEHURST, P. Donor Breast Milk Infant Formula for Preterm Infants: systematic review and meta-analysis. **In: Arch Dis Child Fetal Neonatal.** 92 (2007) F169-F175

DEMPSEY, E. MILETIN, J. Banked Preterm *versus* Banked Term Human Milk to Promote Growth and Development in Very Low Birth Weight Infants (Review). **In: The Cochrane Library**, 2006 Issue 6

MOLEIRO, A. GOMES, A. NONA M. Aleitamento Materno. **In: Consensos em Neonatologia.** 2004. 113-116p. Sociedade Portuguesa de Neonatologia

## **ANEXO XII**

**Procedimento: Prescrição, Pedido e Administração de LHD aos Recém-nascidos  
Prematuros**

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Prescrição, Pedido e Administração de Leite Humano de Dadora		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCIENP		ABCDE	0001	01

## 1. Objectivo

Uniformizar procedimentos no que respeita à prescrição, pedido e administração de leite humano de dadora aos bebés pré-termo.

## 2. Âmbito

**Prescrição, pedido e administração de leite humano de dadora por médicos e enfermeiros respectivamente, da UCIENP.**

## 3. Definições e Siglas

**HFF:** Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

**UCIENP:** unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais e pediátricos

**LHD:** leite humano de dadora

**MAC:** maternidade Alfredo da Costa

**RNPT:** recém-nascido pré-termo.


## 4. Descrição

São inquestionáveis os benefícios do aleitamento materno para os recém nascidos, quer seja do ponto de vista nutricional, imunológico, psicológico ou socio-económico. É conhecida a combinação única de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, enzimas, minerais e células vivas, perfeitamente adaptada ao bebé. Todas estas qualidades do leite humano tomam maior relevo quando falamos de recém nascidos pré-termo, devido à sua maior vulnerabilidade (NASCIMENTO & ISSLER, 2004).

Considerando que nem sempre as mães têm leite disponível para suprir as necessidades nutricionais do seu recém-nascido pré-termo, temos na UCINP do HFF a oportunidade de oferecer aos bebés LHD (fornecido pelo banco de leite da MAC).

O LHD é indicado a recém nascidos com menos de 32 semanas de gestação e até às 35 semanas mais 6 dias.

<b>Elaborado</b> <input type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/>		<b>Aprovado</b>		<b>Próxima Revisão</b>	<b>Pág.</b>
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 3
	Assinatura		Assinatura		

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Prescrição, Pedido e Administração de Leite Humano de Dadora		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCIENP		ABCDE	0001	01

### **Procedimento**

- O enfermeiro fornece a informação aos pais sobre a opção de administrar LHD ao seu filho e entregue:
  - Folheto informativo;
  - Impresso de consentimento informado
- O enfermeiro coloca no processo do bebé o impresso de consentimento informado assinado, caso os pais autorizem a administração do LHD
- O médico responsável pelo recém-nascido efectua a prescrição do volume de leite a administrar.
- A enfermeira responsável calcula o volume de leite a administrar ao bebé durante 1 semana (7 dias).
- A enfermeira responsável regista no documento “mapa de consumo de leite humano de dadora” os volumes de leite pedidos.
- Todas as segundas feiras a enfermeira responsável envia um e-mail para: [bancodeleite@mac.min-saúde.pt](mailto:bancodeleite@mac.min-saúde.pt) com a mensagem:

(Nº de processo) (xml)


Referente à identificação dos recém-nascidos e ao volume total de leite necessário para os alimentar nessa semana.

- O leite é recebido às quartas feitas, congelado e geralmente em frascos de 250ml. Vem acompanhado de uma guia de transporte onde estarão discriminados os números de processo e respectivos volumes, bem como os seus lotes.

Estes dados devem ser confirmados por quem recebe o leite, a guia de transporte assinada e entregue ao funcionário da GEOFAR responsável pelo transporte.

- Colocar o leite de imediato no congelador.
- No processo do bebé é colocado o impresso “registo/verificação para prescrição de leite humano pasteurizado” que será preenchido pelo enfermeiro sempre que administrar o leite. Este impresso será devolvido à MAC (sempre através da transportadora, no momento da recepção do leite), aquando do fim da prescrição ou alta do bebé, ficando uma cópia no processo.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	2 de 3
	Assinatura		Assinatura		

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Prescrição, Pedido e Administração de Leite Humano de Dadora		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCIENP		ABCDE	0001	01

10. Após o consumo do leite (independentemente de terem passados os 7 dias ou não) ou sempre que seja necessário, é efectuado novo pedido ao banco de leite, pela enfermeira responsável.

## 5. Referências de Suporte

NASCIMENTO, M. ISSLER, H. Aleitamento Materno em Prematuros: manejo clínico hospitalar. **In: Jornal de Pediatria.** (Rio J.) 2004;80 (5 supl): S163 – S172.


## 6. Observações

Para melhor compreensão da importância do leite materno nos bebés prematuros e da utilização de LHD, tem ao seu dispor um documento de fundamentação onde foi compilada várias informações provenientes de estudos de investigação consultados e que também ficam disponíveis para consulta.

<b>Elaborado</b> <input type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/>		<b>Aprovado</b>		<b>Próxima Revisão</b>	<b>Pág.</b>
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	3 de 3
	Assinatura		Assinatura		

## **ANEXO XIII**

**Procedimento: Conservação, manipulação e preparação do LHD**

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Conservação, Manipulação e Preparação de Leite Humano de Dadora.		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCINP		ABCDE	0001	01

## 1. Objectivo

Uniformizar o manuseamento do leite humano de dadora, proporcionando maior segurança aos bebés que dele se alimentam.

## 2. Âmbito

**Conservação, manipulação e preparação do leite humano de dadora pelas Auxiliares de Alimentação na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.**

## 3. Definições e Siglas

**HFF:** Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

**UCIENP:** unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais e pediátricos

**LHD:** leite humano de dadora

**MAC:** maternidade Alfredo da Costa

**RNPT:** recém-nascido pré-termo.

## 4. Descrição


*O LHD é doado ao Banco de leite da MAC por mães saudáveis e que alimentam os seus próprios filhos.*

*O LHD é analisado antes e depois de ser sujeito a um processo de pasteurização (aquecimento a uma temperatura de 62,5°C durante 30 minutos), visando a sua segurança bacteriológica e viral.*

*O transporte do LHD da MAC para o HFF, efectua-se segundo as normas de higiene e segurança e é realizado pela GEOFAR.*

*A sua manipulação, conservação e preparação deve também respeitar rigorosamente os princípios de higiene e conservação, no sentido de proteger os bebés aos quais o leite se destina*


<b>Elaborado</b> <input type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/>		<b>Aprovado</b>		<b>Próxima Revisão</b>	<b>Pág.</b>
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 3
	Assinatura		Assinatura		

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Conservação, Manipulação e Preparação de Leite Humano de Dadora.		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCINP		ABCDE	0001	01

### Procedimento

1. Consultar o impresso “folha de leites”, onde consta a quantidade de leite que o(s) bebé(s) necessitam para as 24 horas.
2. Efectuar higiene adequada das mãos.
3. Retirar do congelador e colocar no frigorífico o número de frascos de LHD necessários para alimentar o(s) bebé(s) nas 24 horas seguintes. A descongelação demora 24 horas.
4. Quando o leite está descongelado, este deve ser preparado com técnica asséptica na câmara de fluxo laminar:
  - 4.1. Usar toca, máscara e bata descartáveis e luvas esterilizadas;
  - 4.2. Preparar campo estéril na base da câmara de fluxo laminar e dispor o material necessário: frascos de LHD, seringa de 20cc esterilizada, biberons esterilizados e respectivas tampas.
  - 4.3. Proceder à colocação da quantidade de leite prescrita para cada mamada em cada biberon, com a ajuda da seringa de 20cc.
  - 4.4. Colocar as tampas nos biberons.
  - 4.5. Efectuar a rotulagem onde conste: **apelido da mãe, nº do berço/incubadora, data e lote do LHD.**
5. Os biberons devem ser colocados na primeira prateleira do frigorífico (para evitar oscilações de temperatura).
6. Antes de cada mamada o leite deve ser aquecido em banho-maria durante 10 a 20 minutos, a uma temperatura máxima de 40º C.
7. Os frascos de transporte do LHD são levados para a copa de leites da pediatria, onde são lavados em máquina própria. Posteriormente são enviados para a esterilização.
8. Os frascos esterilizados são devolvidos ao banco de leite da MAC, através da transportadora da GEOFAR, nos dias em que o LHD é entregue.

<b>Elaborado</b> <input type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/>		<b>Aprovado</b>		<b>Próxima Revisão</b>	<b>Pág.</b>
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	2 de 3
	Assinatura		Assinatura		

	<b>Tipo de Documento:</b> Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	<b>Aplicação:</b> Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	<b>Referência do Documento</b>  (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	<b>Título:</b> Conservação, Manipulação e Preparação de Leite Humano de Dadora.		<b>Código Emissor</b>	<b>N.º</b>	<b>Versão</b>
	<b>Emissor:</b> UCINP		ABCDE	0001	01

## 5. Referências de Suporte

EXRTACÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS

MOLEIRO,A. GOMES,A. NONA M. Aleitamento Materno. **In: Consensos em Neonatologia.** 2004. 113-116p. Sociedade Portuguesa de Neonatologia

<b>Elaborado</b> <input type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/>		<b>Aprovado</b>		<b>Próxima Revisão</b>	<b>Pág.</b>
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	3 de 3
	Assinatura		Assinatura		

## **ANEXO XIV**

**Pesquisa Bibliográfica sobre Alimentação do Recém-nascido Prematuro (CD)**

## **ANEXO XV**

**Artigo: Alimentação do Recém-nascido Prematuro – Leite Materno, Leite Humano de Dadora, Leite de Fórmula para Prematuros: o que sabemos?**

**TITULO**

ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS PREMATUROS: LEITE  
MATERNO, LEITE DE DADORA E LEITE DE FÓRMULA  
PARA PREMATUROS – O QUE SABEMOS?

**Autor:** M. M. Correia (Maria Manuela Severino Correia) Enfermeira Graduada, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

**Correspondência:** Rua Amélia Rey Colaço nº 50, 1ºC, 2790 – 017, Carnaxide

Telef.: 93 244 82 94

e-mail: [mmanuela.s.correia@gmail.com](mailto:mmanuela.s.correia@gmail.com)

**Co-Autor:** Margarida Lourenço, Professora Adjunta do ICS – UCP. Mestre em Ciências de Enfermagem. Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

## RESUMO

O leite materno é comprovadamente o alimento mais completo e ideal para os recém-nascidos e lactentes. Estudos científicos evidenciam que também os bebês prematuros beneficiam especialmente do leite das suas mães uma vez que, este é produzido pelo organismo materno de forma personalizada para as necessidades específicas do bebê.

No entanto, situações há em que não existe a possibilidade da mãe alimentar o bebê com o seu próprio leite, pelo que há que escolher entre as alternativas: leite de fórmula para prematuros ou leite humano de dadora.

Através de revisão da literatura concluímos que existem vantagens e desvantagens na utilização de leite humano de dadora nos prematuros. No entanto, não existem ainda estudos conclusivos que evidenciem se este é, de facto, preferível ao leite de fórmula para prematuros.

**Palavras Chave:** Bebê prematuro, Leite materno, Leite humano de dadora, Leite de Fórmula para Prematuros.

## **ABSTRACT**

Breast milk is, no doubt, the most complete and ideal food for newborns and infants. Scientific studies show that premature babies also benefit especially from the milk of their mothers, since it is produced by mothers organism, customized for the specific needs of the baby. However, there are situations when the mother can not feed her baby with her own milk, so we must choose between the alternatives: formula for premature or donor human milk. Through literature review we have concluded that there are advantages and disadvantages in the use of donor human milk in premature infants. However, there are still no conclusive studies that demonstrate that this is indeed preferable to infant formula milk.

**KEY WORDS:** Premature newborn, Breast milk, Donor human milk, Infant formula milk.

## INTRODUÇÃO

São inquestionáveis os benefícios do aleitamento materno para os recém-nascidos, quer seja do ponto de vista nutricional, imunológico, psicológico ou sócio-económico.

O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, enzimas, minerais e células vivas, perfeitamente adequada ao recém-nascido de termo. Todas estas qualidades do leite humano tomam maior relevo quando nos referimos a recém-nascidos pré-termo ou prematuros, devido à sua maior vulnerabilidade.<sup>1</sup>

Importa relembrar os conceitos de recém-nascido pré-termo e recém-nascido prematuro (RNPT). O primeiro é aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação, o segundo é o que funcional e organicamente tem falta de maturidade, o que dificulta a sua adaptação ao ambiente extra-uterino e a sua sobrevivência. O recém-nascido pré-termo pode não ser obrigatoriamente prematuro.

No presente, os profissionais de saúde procuram aproveitar os benefícios do leite humano nos bebés prematuros de quem cuidam, com o objectivo de otimizar o seu desenvolvimento, tratamento e protecção contra complicações. Assim, além de se estimular activamente o aleitamento pela própria mãe, foi criado o Banco de Leite Humano (BLH) da Maternidade Alfredo da Costa (MAC) onde leite humano é voluntariamente fornecido por dadoras que estão a amamentar os seus bebés, para os prematuros que não podem ser alimentados com o leite da própria mãe.

Neste artigo, abordaremos a importância do leite materno para os prematuros, aspectos inerentes ao Leite Humano de Dadora (LHD) e algumas considerações sobre a administração de LHD comparativamente à utilização de Leite de Fórmula para Prematuros (LFP).

## 1. IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

O objectivo principal da nutrição dos RNPT é proporcionar os nutrientes necessários a um crescimento adequado e, que não seja limitativo de um normal desenvolvimento psicomotor no futuro. Pretende-se assim que o bebé nascido prematuramente, tenha um crescimento de cerca de 10 a 15g/Kg/dia, que é o equivalente ao que cresceria se se mantivesse no útero materno. Deste modo a necessidade diária de alimento destes bebés será garantida com a administração de cerca de 150 a 200ml/Kg/dia de leite.<sup>2</sup>

A utilização de leite humano, preferencialmente da própria mãe em RNPT, baseia-se nas suas propriedades imunológicas, no seu papel de maturação gastrointestinal, na formação de vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurocomportamental.<sup>1</sup>

NASCIMENTO & ISSLER (2004) referindo-se a vários estudos por eles analisados, realçam que a coordenação sucção/deglutição nos prematuros é maior durante o aleitamento materno. É também de apontar que os níveis de pressão parcial de oxigénio transcutâneo, a saturação de oxigénio e a temperatura corporal são mais elevados do que aquando da alimentação por biberon.<sup>1</sup>

Existem evidências epidemiológicas de que a alimentação com leite humano esteja relacionada a um menor índice de re-internamentos em RNPT, mesmo após a administração de leite de fórmula como suplemento. Assim, mesmo a amamentação parcial deve ser encorajada.<sup>1</sup>

O RNPT parece não apresentar protecção bem desenvolvida contra o stress oxidativo com o qual as “doenças da prematuridade” parecem estar relacionadas (a enterocolite necrosante (NEC), displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade...). O leite materno (LM) oferece melhor protecção antioxidante que os leites artificiais. Vários estudos indicam que a incidência de qualquer infecção é significativamente menor nos recém-nascidos de muito baixo peso alimentados com leite humano comparativamente àqueles alimentados exclusivamente com leite adaptado.<sup>1</sup>

Também SHANLER [*et al*] (2005) reconhecem que os efeitos protectores do leite humano beneficiam os RNPT, evidenciando-se taxas inferiores de sépsis tardia, enterocolite necrosante, infecções do tracto respiratório superior, do tracto urinário e diarreia, comparativamente aos bebés alimentados com leite de fórmula para prematuros.<sup>3</sup>

Os ácidos gordos omega3 são essências para que haja um normal desenvolvimento da retina, assim, estes lípidos em combinação com outras substâncias anti-oxidantes como a vitamina E, o  $\beta$ -caroteno e a taurina (todos presentes no leite materno) poderiam explicar a protecção oferecida pelo LM contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade.<sup>1</sup>

As mães de RNPT devem ser estimuladas a utilizar de bomba extractora de leite precocemente após o parto, preferencialmente nas primeiras 48 horas, com o objectivo de estimular a lactação para que o seu bebé possa contar com a quantidade de leite adequada nas semanas subsequentes. Sugere-se que a extracção de leite seja similar em frequência, ao número de mamadas que o bebé faria diariamente se fosse de termo.<sup>1</sup>

Nas primeiras 4 semanas após o parto, as mães de RNPT produzem leite com maior concentração de óxido nítrico, proteínas com função imunológica, lípidos totais, ácidos gordos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia, que o leite produzido pela mãe de um recém-nascido de termo.<sup>1</sup>

Também AULER & DELPINO (2008), defendem que o leite produzido pelas puérperas de prematuros sofre modificações de composição, tornando-se um leite mais completo como forma de compensar as necessidades especiais dos prematuros.<sup>4</sup>

No entanto, o leite materno de puérperas de RNPT, embora seja o mais adequado para estes bebés, tem ainda assim limitações, no que respeita às necessidades nutricionais do RNPT, isto é, não tem carga calórica para um crescimento óptimo (embora se revele mais energético do que o leite de puérperas de termo) tendo também quantidades insuficientes de sódio, cálcio, fósforo, ferro e vitaminas. Desta forma, torna-se necessária a sua suplementação.<sup>2</sup>

Caso o leite da mãe não esteja disponível, o leite humano processado em bancos de leite, que mantém muitos factores de protecção, é outra opção. É uma alternativa segura e viável mas, o LHD pode ser nutricionalmente inadequado ao RNPT pelo que, pode ser necessário proceder à sua suplementação ou fortificação com aditivos apropriados (que existem previamente preparados sob a forma de pós ou líquidos no mercado), tal como acontece para o leite materno.<sup>1</sup>

## 2. LEITE HUMANO DE DADORA

O leite humano é presentemente considerado não só um alimento, mas também um sistema biológico dinâmico. O interesse neste alimento reside nas suas propriedades imunológicas que protegem activamente contra infecções, e na mudança favorável que provoca na colonização bacteriana do intestino.<sup>5</sup>

Como pudémos constatar anteriormente, o leite materno proporciona inúmeros benefícios ao bebé. No entanto, nem todas as mães são capazes de disponibilizar leite suficiente para as necessidades dos seus filhos durante todo o internamento pelo que, em alternativa, os bebés são alimentados com LFP.

Outra opção surgiu, para além do LFP com o aparecimento dos bancos de leite: o leite humano de dadora. Ele parece ser promissor na substituição do leite materno, em termos das suas propriedades protectoras.<sup>3</sup>

O leite de dadora é normalmente obtido a partir de mulheres com partos a termo e já numa fase de lactação mais tardia. O leite é doado por mães saudáveis que estão a amamentar os seus próprios filhos e que têm leite em excesso. Este leite é analisado antes e depois da pasteurização, com o objectivo de garantir a sua segurança bacteriológica (Banco de Leite da MAC, 2010).

O processo de pasteurização implica a sujeição do leite a temperaturas de 62,5° C, durante 30 minutos. Está provado que esta técnica é segura em termos bacteriológicos e virais mas, é também responsável pelo decréscimo da actividade funcional de factores bioactivos do leite materno.<sup>6</sup>

É importante referir que o leite uma vez “extraído”, descontaminado através do processo de pasteurização, exposto à luz, colocado em contentores de armazenamento, congelado, descongelado e aquecido, leva a que este sofra alterações qualitativas que o torna diferente do leite inicialmente obtido. Os componentes anti-microbianos podem ser parcialmente danificados e a lipase desnaturada. A pasteurização destrói 24% das lisoenzimas, 57% da lactoferrina e 34% da IgG. A exposição à luz durante 3 horas leva a uma redução de 50% da riboflavina e 70% da vitamina A.<sup>7</sup>

No entanto, outros compostos biológicos de fulcral importância são preservados, como nos indica um recente estudo sobre os oligossacáridos.<sup>5</sup>

Estes assumem um papel de grande relevância no leite humano pelas suas propriedades prebióticas, imuno-moduladoras e efeitos anti-microbianos. Eles têm “efeito biomassa”, favorecendo o desenvolvimento da flora de bífidos e ainda funcionam como competidores de receptores celulares relativamente a agentes patogénicos.<sup>5</sup>

O leite pode ser extraído manual ou mecanicamente (com recurso a bombas eléctricas), podendo ser de 2 tipos: leite inicial ou final, variando estes em percentagem de valor energético e quantidade de gordura.<sup>6</sup>

O leite maduro terá uma composição mais baixa em proteínas, sódio e zinco que o leite produzido na fase inicial da amamentação (colostro).<sup>6</sup>

SHANLER *[et al]*(2005) referem no seu estudo, que os bebés prematuros que recebem LHD apresentam taxas de crescimento inferior àqueles que recebem leite de fórmula pelo que, necessitam da administração de maiores quantidades de LHD.<sup>3</sup>

Analiticamente, observa-se que o leite de dadora tem baixo conteúdo proteico, é pobre em gorduras e energia total. Estes aspectos devem-se não só ao facto do leite ser proveniente de mães de recém-nascidos de termo ou em fase avançada da lactação e, também aos processos de recolha, conservação e processamento do leite.<sup>5</sup> No sentido de minimizar os déficits nas propriedades do LHD, pode recorrer-se à sua correcção usando-se “fortificantes do leite humano”.<sup>7</sup>

### 3. LEITE HUMANO DE DADORA VS LEITE DE FÓRMULA PARA PREMATUROS

Vários autores sugerem que o LHD exclusivo reduz a incidência de NEC e melhora a tolerância alimentar, parecendo estar associado à redução do tempo de alimentação parentérica e de dias de internamento. No entanto, observa-se um crescimento mais lento do RNPT comparativamente à alimentação com LFP.<sup>8,9</sup>

SIMMER & HARTMANN (2009) referem existir razões teóricas que indicam que a utilização de LHD potencia a prevenção da obesidade infantil.<sup>9</sup>

SCHANLER [*et al*](2005), realizou um estudo randomizado, envolvendo 243 bebês extremamente prematuros, com idades gestacionais entre as 23 e as 29 semanas, num hospital do Texas, EUA, onde se comparava a incidência de NEC, de sépsis endógena tardia e tempo de internamento, em bebês alimentados com LFP e LHD.<sup>3</sup>

Neste estudo os investigadores concluíram que o LHD é nutricionalmente inferior ao LM e que leva a um crescimento mais lento e ao aparecimento de anomalias no metabolismo mineral dos ossos do bebê.<sup>3</sup>

É ainda referido, que os bebês alimentados com LHD apresentam taxas semelhantes de incidência de sépsis endógena tardia, de NEC bem como outras infecções, semelhantes aos bebês alimentados com LFP.<sup>3</sup>

Há também a referir que são necessárias maiores quantidades de LHD e mais suplementos do que de LFP, para que as taxas de crescimento dos bebês esperadas sejam atingidas.<sup>3</sup>

Em 2007, os mesmos autores confirmaram estas conclusões, num estudo de revisão por eles realizado, face às publicações dos últimos 20 anos sobre esta temática.<sup>6</sup>

Assim, a evidência dos benefícios do LHD quando comparados com o LFP não é clara.<sup>8</sup>

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe evidência científica de que alimentar bebês prematuros e mesmo muito prematuros com LM, trás inúmeros benefícios imunológicos. No entanto, continuamos a encontrar prematuros a contraírem infecções várias mesmo com aleitamento materno exclusivo. Não está claro se estes factos se devem à quantidade de leite administrada ou à própria composição do leite (prematuro) com falta de factores de protecção.<sup>6</sup>

Parece-nos ainda relevante concluir que o leite humano (sendo produzido de acordo com as necessidades nutricionais do lactente, e considerando que a sua composição vai variando no sentido de se adaptar ao desenvolvimento do bebé), deve ser alvo de mais estudos, no sentido de se perceber até quando o leite de dadora poderá ser, ou não, adequado ao RNPT isto é, a questão a colocar é se o leite de uma mãe de um lactente de 2 meses, por exemplo, ainda é benéfico para um RNPT?

Outra questão que é de extrema importância prende-se com o custo associado à utilização de LHD. Através de um simples cálculo, podemos ter uma noção do seu custo/benefício.

Por exemplo, nos EUA um banco de leite sem fins lucrativos, cobra 3 dólares por cada 30ml de LHD. Este valor cobre todo o processo analítico, de conservação e transporte. Hipoteticamente, um RNPT que seja alimentado exclusivamente de LHD e que consuma aproximadamente 10l de leite até ao momento da alta, terá um custo de cerca de 1000 dólares. Se com este tipo de alimentação conseguirmos que o bebé tenha menos complicações, traduzindo-se em menores custos em medicação e menor demora de internamento (tendo em conta o elevado custo da diária numa unidade de cuidados intensivos neonatais), terá provavelmente valido a pena o investimento.<sup>9</sup>

Resta-nos salientar que, a vulnerabilidade dos RNPT merece, de facto, que o tentemos proteger da melhor forma pelo que, as propriedades do leite humano de dadora devem ser valorizadas.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> NASCIMENTO, M. ISSLER, H. Aleitamento Materno em Prematuros: manejo clínico hospitalar. **In: Jornal de Pediatria.** (Rio J.) 2004;80 (5 supl): S163 – S172.
- <sup>2</sup> GOMES, A. Nutrição Entérica do Recém-Nascido Pré termo. **In: Consensos em Neonatologia.** 2004 109-112p. Sociedade Portuguesa de Neonatologia
- <sup>3</sup> SHANLER, R. [et al]. Randomized Trial of Donor Human Milk *versus* Preterm Fórmula as Substitutes for Mother's Own Milk in Feeding of Extremely Premature Infants. **In: Pediatrics.** 2005; 116; 400-406
- <sup>4</sup> AULER, F. DELPINO, F. Terapia Nutricional em Recém-Nascidos Prematuros. **In: Revista Saúde e Pesquisa.** Volume I, nº 2 Maio-Agosto 2008. 209-216p
- <sup>5</sup> BERTINO, E. [et al] Benefits of Donor Human Milk for Preterm Infants: corrent evidence. **In: Elsevier.** 85 (2009) S9-S10
- <sup>6</sup> SHANLER, Richard. Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet needs of premature infants: the role of human milk. **In: Am J Clin Nutr** 2007; 85(suppl): 625S-8S
- <sup>7</sup> TSUNG, Reginald C. [et al]- **Nutritional Needs of the Preterm Infant: scientific basis and practical guidelines.**- 1993 USA. Waverly Europe etd editores. ISBN 0-683-08425-9
- <sup>8</sup> BOYD C. QUIGLEY, M. BROCKLEHURST, P. Formula Milk *versus* Donor Breast Milk for Feeding Preterm or Low Birth Weight Infants (Review). **In: The Cochane Library,** 2008, Issue 4
- <sup>9</sup> SIMMER, K. HARTMANN,B. The Knows and Unknowns of Human Milk Banking. **In: Elsevier** 85 (2009) 701-704
- BOYD C. QUIGLEY, M. BROCKLEHURST, P. Donor Breast Milk Infant Formula for Preterm Infants: systematic review and meta-analysis. **In: Arch Dis Child Fetal Neonatal.** 92 (2007) F169-F175
- DEMPSEY, E. MILETIN, J. Banked Preterm *versus* Banked Term Human Milk to Promote Growth and Development in Very Low Birth Wight Infants (Review). **In: The Cochane Library,** 2006 Issue 6

MOLEIRO,A. GOMES,A. NONA M. Aleitamento Materno. **In: Consensos em Neonatologia**. 2004. 113-116p. Sociedade Portuguesa de Neonatologia

POLIN, Richard; FOX, William.- **Fetal and Neonatal Physiology** - 2ª Ed, volume I. Philadelphia 1998. Saunders Editores. ISBN 0-7216-6017-7

BRODSKI, D; MARTIN, Camila – **Neonatology Review**- Philadelphia 2003. Hanley & Balfuns, inc ed. ISBN 978-1-56053-491-4

## **ANEXO XVI**

**Pesquisa Bibliográfica sobre Diabetes Inaugural (CD)**

## **ANEXO XVII**

**Compêndio: Diabetes Mellitus em Pediatria – diabetes inaugural/cetoacidose diabética: Intervenções de Enfermagem**

**DIABETES MELLITUS EM PEDIATRIA:  
DIABETES INAUGURAL/CETOACIDOSE  
DIABÉTICA**

**Intervenções de Enfermagem**

**AEESIP: Maria Manuela S. Correia**

**10**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. DIABETES MELLITUS: CLASSIFICAÇÃO E FISIOPATOLOGIA.....	5
3. CETOACIDOSE DIABÉTICA.....	8
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A CRIANÇA COM DIABETES INAUGURAL/CETOACIDOSE DIABÉTICA .....	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

**ANEXO: Tabela de volumes/hora de soros para hidratação por peso  
da criança**

**Locais para administração de Insulina**

**Tipos de insulina**

**Doses de Insulina**

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio em Urgência Pediátrica, incluído no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-nos proposto aprofundar e partilhar conhecimentos sobre Diabetes Mellitus (DM) na infância e elaborar um procedimento que contribua para a correcta actuação de enfermagem perante uma criança que dê entrada no Atendimento Médico Permanente (AMP) do Hospital da Luz, com um episódio de diabetes inaugural/ cetoacidose diabética.

Em 1926, foi fundada em Portugal a mais antiga associação de luta contra a diabetes: a Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal. Desde então, várias têm sido as iniciativas no sentido de reconhecer a Diabetes Mellitus como um problema de saúde pública e assim, traçar objectivos e metas a alcançar, para melhorar a qualidade dos cuidados aos diabéticos e reduzir as suas complicações.<sup>1</sup>

Em 1973, o Plano do Fomento elaborou um programa de luta contra a diabetes.<sup>1</sup>

Em 1989, teve lugar em St. Vicent na Itália, uma reunião organizada pela OMS e a International Diabetes Federation (IDF) em que participaram vários países Europeus, incluindo Portugal. O propósito de tal reunião, foi estabelecer um conjunto de recomendações e objectivos gerais, a serem implementados nos países participantes, no sentido de criar condições que permitissem reduzir, de forma acentuada, a morbidade e a mortalidade da diabetes.<sup>1</sup>

Após a Declaração de St. Vicent, a IDF e a OMS criaram o programa DiabCare. Em consequência deste programa, foi criado em Portugal em 1992, o Programa de Controlo da Diabetes Mellitus em Cuidados de Saúde Primários, tendo sido posteriormente revisto em 1995.<sup>1</sup>

No sentido de avaliar o resultados da aplicação da Declaração de St. Vicent, foi realizada em Lisboa em 1997, uma reunião organizada pela Direcção Geral de Saúde, gabinete Europeu da OMS e a IDF. A conclusão desta reunião, diz-nos que com a aplicação das medidas acordadas, verificou-se uma redução dos custos relacionados com as complicações da diabetes. No entanto, a diabetes continua a ser um grande fardo económico para o país, para os doentes e seus familiares. Importa salientar que Portugal foi apontado como um dos países com um melhor programa de controlo da diabetes.<sup>1</sup>

Em 2008, a Direcção Geral de Saúde (DGS) lançou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes que está actualmente em vigor.

A DM é uma doença do metabolismo, caracterizada por uma deficiência parcial ou total da hormona **insulina**, resultando em alterações metabólicas e fisiológicas em quase todo o organismo. É o distúrbio endócrino mais comum da infância, com incidência máxima atingida durante o início da adolescência.<sup>2</sup>

A diabetes, apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas, sendo que a sua maior prevalência se situará no grupo etário acima dos 45 anos.<sup>3</sup>

Segundo a DGS, em 2006 a prevalência da diabetes em Portugal era de 6,7%, havendo uma estimativa de prevalência de 10,8% em 2025.<sup>3</sup>

Neste documento, procuramos apresentar resumidamente o que é a Diabetes Mellitus, seus tipos e fisiopatologia, assim como as suas principais complicações agudas e crónicas. Procuramos também, enunciar os principais cuidados de enfermagem perante a criança, com umas das complicações agudas mais comuns: a cetoacidose diabética (presente na diabetes inaugural).

Esperamos que a presente compilação bibliográfica, elucide e cativa os leitores e estimule novas pesquisas, com vista à constante actualização de conhecimentos.

## 2. DIABETES MELLITUS: CLASSIFICAÇÃO E FISIOPATOLOGIA

A diabetes, tem sido tradicionalmente classificada consoante o tipo de tratamento necessário. Assim, ela era Diabetes Mellitus Insulina Dependente – DMID – ou Diabetes Mellitus Não Insulina Dependentes – DMNID – Em 1997, esta classificação foi eliminada, pois o tipo de tratamento pode variar de pessoa para pessoa. Actualmente, utilizam-se os termos diabetes **tipo 1** ou **tipo 2**.<sup>2</sup>

A diabetes **tipo 1**, é caracterizada pela destruição das células $\beta$  pancreáticas produtoras de insulina, o que geralmente leva à deficiência absoluta de insulina. A destruição das células  $\beta$  pancreáticas pode ser **imunomediada**, isto é, resultante de mecanismos auto-imunes. É típica em crianças ou adultos jovens e magros, podendo no entanto, surgir em adultos de qualquer idade. A destruição destas células, pode ser também de origem idiopática.<sup>2</sup>

Os mecanismos que levam ao aparecimento da diabetes **tipo 1**, prendem-se com fenómenos imunológicos, em que as células dos ilhéus pancreáticos deixam de ser reconhecidas como *self*, sendo completamente destruída, pelo que ocorre falha de produção de insulina.<sup>1</sup>

A diabetes **tipo 1** é pois, uma doença auto-imune que afecta milhares de crianças em todo o mundo. A prevalência é de 1 em 2500 crianças com menos de 5 anos de idade e 1 em 300 pessoas aos 18 anos.<sup>4</sup>

A diabetes **tipo 2**, surge como consequência do aumento da resistência à insulina, na qual o organismo não é capaz de a utilizar adequadamente, associada a uma deficiência relativa de insulina.<sup>2</sup>

A diabetes **tipo 2**, resulta de uma secreção anormal de insulina, associada a uma resistência periférica à sua acção. Em ambos os tipos de diabetes, os seus mecanismos desencadeantes, levam ao mesmo resultado: **hiperglicémia**.<sup>1</sup>

A insulina, é uma substância importante no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, facilitando a entrada destes nas células, com a

excepção das células nervosas e das células dos tecidos vasculares. O déficit de insulina, faz com que tal processo se altere e ocorre acumulação de glicose na corrente sanguínea – **hiperglicémia**- por maior osmolaridade plasmática, ocorre resgate de líquidos do espaço intracelular para o extracelular onde é excretado pelos rins. Quando o limiar de glicose plasmática excede os 180mg/dl, ocorre **glicosúria** e **poliúria**. Por seu lado, a perda urinária de água, provoca sede excessiva – **polidipsia**.<sup>2</sup>

Tal como esperado, a poliúria leva consigo não só glicose, mas também outros iões e substâncias. Ao sentir necessidade de glicose, as células recorrem às proteínas e aos lípidos, para produzir glicose. Este processo, contribui também para a hiperglicémia. Com o recurso às proteínas e lípidos para obtenção de energia, é desencadeado o mecanismo de fome – **polifagia** – amplificando o problema da hiperglicémia.<sup>2</sup>

A hiperglicémia, irá activar processos metabólicos que resultaram num aumento da produção de radicais livres, de oxigénio e em alterações endoteliais e plaquetares que levam ao desenvolvimento da macroangiopatias e microangiopatias diabéticas\*, com as suas diferentes repercussões nos órgãos alvo.<sup>1</sup>

A DM apresenta várias complicações, umas a médio/longo prazo e complicações agudas. As primeiras, podem classificar-se como *major* e segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008) são:

- Doença cardio-vascular;
- Nefropatia
- Neuropatia
- Amputação
- Retinopatia

Todas estas complicações, estão relacionadas com a degradação progressiva dos vasos sanguíneos (angiopatia), o que leva à destruição e isquémia de tecidos e órgãos.

**\*Angiopatia** é o termo genérico para uma doença dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). A mais conhecida e a maioria das angiopatias é a angiopatia diabética, uma complicação que pode acontecer na diabetes crónica.

As Complicações agudas da DM são:

- Cetoacidose diabética;
- Síndrome Hiper-glicémico Hiperosmolar;
- Hipoglicemia<sup>5</sup>;

As duas primeiras, são complicações agudas e graves, sendo das principais causas de recorrência dos diabéticos à urgência e com mortalidade e morbidade elevadas, apesar dos avanços terapêuticos.<sup>5</sup>

A cetoacidose diabética, é a mais frequente nos jovens, mas pode surgir também na diabetes **tipo 2** e na diabetes inaugural no adulto.<sup>5</sup>

O síndrome hiper-glicémico hiperosmolar, define-se por uma glicemia superior 600mg/dl, associada a uma osmolaridade sérica superior a 320 mOsm/L, podendo ou não, coexistir com a cetoacidose e acidose láctea. Trata-se de uma situação mais relacionada a pessoas idosas, dependentes e com infecções associadas. Os seus sintomas, desenvolvem-se de forma mais lenta.<sup>5</sup>

A hipoglicemia, é a alteração metabólica aguda mais frequente dos diabéticos e define-se por descida excessiva do valor da glicemia, para valores inferiores a 50mg/dl.<sup>5</sup>

O quadro seguinte (quadro I), expõe os sintomas mais frequentes da hipoglicemia.

**Quadro I:** Sintomas mais frequentes de Hipoglicemia

- Sudorese
- Tremores
- Incapacidade de concentração
- Confusão
- Boca seca
- Visão turva
- Fome
- Ansiedade
- Cefaleias
- Dificuldade em caminhar
- Palpitações
- Parestesias peribocais
- Dificuldade em falar
- Tonturas
- Alterações de comportamento
- Náuseas

**Fonte:** GALLEGO & CALDEIRA (2007)

### 3. CETOACIDOSE DIABÉTICA

ALVES (2004), define cetoacidose diabética como “*uma disfunção metabólica grave, causada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, associada ou não a uma maior actividade dos hormônios contra-reguladores, (cortisol, catecolaminas, glucagon, hormônio do crescimento)*”<sup>6</sup>

A cetoacidose diabética, é uma complicação característica da diabetes **tipo 1**, e não raramente é o seu fenómeno inaugural. O desequilíbrio hormonal que ocorre, provoca dois efeitos dominantes: aumento da gliconeogénese e diminuição da utilização periférica da glicose, com consequente hiperglicémia.<sup>1</sup>

Conhecer os sintomas precoces de cetoacidose diabética, torna-se relevante, pois permite-nos uma actuação pronta e efectiva quando nos encontramos perante uma criança com diabetes descompensada, ou com diabetes inaugural. Tais sintomas, podem desenvolver-se em horas e são, por vezes, a primeira manifestação da diabetes **tipo 1**.<sup>5</sup>

**TABELA 1:** Sinais e Sintomas da Cetoacidose Diabética

Sinais	Sintomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura normal ou baixa</li> <li>• Polipneia profunda (Kassmaul)</li> <li>• Desidratação               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% se perda de turgor, mucosas secas e taquicárdia.</li> <li>- 10% se revascularização capilar <math>\geq 3''</math> e olhos encovados</li> <li>- 10% se prega cutânea, hipotensão, oligúria e choque</li> </ul> </li> <li>• Alterações de consciência</li> <li>• Perda de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astenia progressiva até letargia</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Náuseas e vômitos</li> <li>• Presença de Polis (poliúria, polidipsia...)</li> <li>• Dor abdominal – também torácica</li> <li>• Boca seca</li> </ul>

**Fonte:** GALLEGO & CALDEIRA (2007)

A cetoacidose, caracteriza-se clinicamente por desidratação, respiração acidótica e alteração do sensorio; e laboratorialmente por:

- Hiperglicemia (glicemia > 250 mg/dl);
- Acidose metabólica (pH < 7,3 ou bicarbonato sérico < 15 mEq/l);
- Cetonemia (cetonas totais > 3 mmol/l) e cetonúria.

Em recém-nascidos e lactentes jovens, o quadro clínico não é tão claro, podendo ser confundido com broncoespasmo, pneumonia, infecção urinária, dor abdominal e distúrbios neurológicos.

Em crianças com menos de 2 anos, pode verificar-se: sede intensa, irritabilidade, desidratação, febre e alteração do estado de consciência, taquipneia, poliúria (fraldas pesadas).<sup>6</sup>

A designação de cetoacidose, prende-se com o recurso do organismo aos lípidos para obtenção de energia, uma vez que a glicose não está disponível para o metabolismo celular. Da degradação dos lípidos, resultam corpos cetónicos que podem ser utilizados pelas células como fonte de combustão, mas de forma limitada. O seu excesso, é eliminado pela urina – **cetenúria** – pelos pulmões – **hálito cetónico** – acumulam-se no sangue, diminuindo o seu pH – **cetonémia e cetoacidose**.<sup>2</sup>

Com a morte celular, o potássio é libertado das células e eliminado na urina. A hiponatremia, pode levar a paragem cardíaca.<sup>2</sup>

A cetoacidose diabética, é uma emergência pediátrica que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente, pois por desidratação, desequilíbrio electrolítico, acidose e coma pode chegar-se à morte.<sup>2</sup>

Podem ser identificados factores precipitantes da cetoacidose diabética, tais como: dose ou administração incorrecta de insulina, (comum nos adolescentes); infecções; transgressão alimentar; problemas psicossociais e económicos; vômitos de repetição; stress cirúrgico; gravidez.<sup>6</sup>

#### 4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A CRIANÇA COM DIABETES INAUGURAL/CETOACIDOSE DIABÉTICA

Segundo a CIPE (2005), podemos definir intervenções de enfermagem como *“acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um efeito de enfermagem”*.<sup>7</sup>

Conhecida a fisiopatologia da cetoacidose diabética, bem como a sua semiologia e tendo noção das alterações laboratoriais dela resultantes, ao estarmos perante uma criança com queixas sugestivas de cetoacidose diabética na triagem, devemos avaliar:

- sinais vitais (TA, FC, FR e suas características, saturação de O<sub>2</sub>, glicemia capilar, glicosúria e cetenúria – fitas reagentes –
- Peso;
- Coloração da pele e mucosas;
- Estado de Hidratação;
- Actividade espontânea.<sup>6</sup>;

E, encaminhar para o médico rapidamente.

Com a confirmação do diagnóstico por parte do médico, devemos então actuar em conformidade com as suas indicações, colaborando na realização de exames complementares de diagnóstico por ele solicitados.

O tratamento desta situação clínica, passa essencialmente por:

- Hidratação;
- Reposição de insulina;
- Correção dos distúrbios eletrolíticos;
- Correção da acidose metabólica.

Como enfermeiros, devemos realizar a nossa observação, com o objectivo de avaliar o estado da criança e perceber as suas necessidades de cuidados, podendo estabelecer os diagnósticos de enfermagem e implementar as acções requeridas.

Assim, recorrendo à terminologia CIPE, podemos genericamente estabelecer como **Intervenções Autónomas de Enfermagem**:

ε **Foco:** *Sensações*

Avaliar/monitorizar estado de consciência;

Avaliar alterações da visão (visão turva);

Vigiar estado de orientação;

ε **Foco:** *Circulação*

Avaliar sinais vitais com frequência horária;

Inserir e manter AVP;

ε **Foco:** *Respiração*

Avaliar frequência e característica da respiração;

Administrar O<sub>2</sub> se necessário;

Avaliar sinais de dificuldade respiratória;

ε **Foco:** *Tegumentos*

Avaliar estado de hidratação da pele e mucosas;

Observar presença de lesões cutâneas;

ε **Foco:** *Actividade motora*

Avaliar hipoactividade/ prostração;

ε **Foco:** *Volume de líquidos*

Avaliar grau de hidratação/desidratação;

Puncionar veia periférica permeável;

Administrar soroterapia e reposição electrolítica prescrita;

Vigiar edemas;

ε **Foco:** *Nutrição/Digestão*

Avaliar presença de polifagia e polidipsia;

Registar líquidos ingeridos;

Instruir sobre dieta adequada;

ε **Foco:** *Eliminação*

- Avaliar e vigiar débito urinário;
- Observar características da urina

ε **Foco:** *Temperatura corporal*

- Avaliar presença de febre;

ε **Foco:** *Aprendizagem*

- Avaliar capacidade cognitiva e de aprendizagem da criança e dos pais;
- Adaptar os ensinamentos às capacidades identificadas;
- Realizar ensinamentos pertinentes e adequados ao contexto;

ε **Foco:** *Avaliação da Pessoa*

- Facilitar apoio espiritual;
- Instruir prestador de cuidados para a alta;
- Instruir sobre gestão do regime medicamentoso;
- Orientar para recursos de saúde na comunidade;

A cetoacidose diabética, é sempre uma situação grave e muito frequentemente necessita de cuidados intensivos, sendo as principais indicações para a transferência da criança, para uma unidade de cuidados intensivos:

- Idade inferior a 7 anos;
- Distúrbio electrolítico grave;
- Acidose metabólica severa (pH < 7,0-7,1);
- Insuficiência circulatória e/ou respiratória;
- Arritmias cardíacas;
- Alteração importante no estado de consciência.<sup>6</sup>;

Perante a instabilidade e debilidade do estado clínico da criança, em contexto de urgência, os ensinamentos sobre lidar com a diabetes podem ser protelados, dando-se apenas as informações pertinentes e possíveis. Em caso de permanência prolongada em SO com alta directa, tais ensinamentos deverão ser realizados, nomeadamente:

- Dieta adequada e fraccionamento das refeições;
- Exercício físico;

- Cuidado com lesões cutâneas;
- **Avaliação da glicémia capilar;**
- **Administração de insulina (tipos e locais anatómicos de administração);**
- **Sinais e sintomas de alerta de complicações (hipoglicémia, hiperglicémia)**

A diabetes é uma doença crónica, tendo o seu episódio inaugural um impacto assustador na criança e família, pelas suas características clínicas e gravidade.

Os pais destas crianças, vão enfrentar um período de grande ansiedade que se inicia com a dúvida do diagnóstico e, com a sua confirmação, a perda da criança perfeita.

Numa primeira, fase poderão entrar em **negação**, achando que o diagnóstico possa estar errado, que esta situação se possa dever a *algo que a criança comeu*. Podem seguidamente **culpabilizarem-se**: *terão feito algo de errado?*

O enfermeiro especialista em pediatria, deve estar presente e mostrar-se disponível para responder às dúvidas destes pais, demonstrar compreensão, estabelecendo uma relação empática.

É importante envolver os pais no planeamento dos cuidados e na tomada de decisões, reconhecendo que estes são quem melhor conhece a criança e sabe lidar com ela.

Deve promover-se o *empowerment*, capacitando os pais para os cuidados, não esquecendo de lhes dar reforços positivos. Outro aspecto que devemos ter presente, é a *promoção da esperança*: dar uma perspectiva evolutiva realista, demonstrar que eles são capazes de lidar com a situação, que têm apoios na comunidade e que, é possível uma criança com diabetes ter uma vida normal, ir à escola, ter amigos, brincar, ser feliz...

A enfermeira pediatra, presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Ela, é responsável pelo ensino e supervisão desses mesmos cuidados até que os pais se sintam competentes para os fazer. A acção de enfermagem é educação contínua, discussão, reflexão e comunicação permanente, sobre cada situação.<sup>8</sup>

Para Casey (1993:233), " os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de

noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia, incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.”<sup>8</sup>

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DM é uma doença do metabolismo, sendo um distúrbio endócrino comum da infância, com incidência máxima atingida durante o início da adolescência.<sup>2</sup> É classificada em diabetes **tipo 1** ou **tipo 2**, consoante o grau de insuficiência de insulina e fisiopatologia.

Referimo-nos às complicações crónicas e agudas da diabetes, dando ênfase à complicação aguda cetoacidose diabética, sendo esta uma complicação característica da diabetes **tipo 1** e não raramente o seu fenómeno inaugural. É a mais frequente nos jovens, mas pode surgir também na diabetes **tipo 2** e na diabetes inaugural no adulto.<sup>5</sup>

A cetoacidose diabética, é uma emergência pediátrica que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente, pois por desidratação, desequilíbrio electrolítico, acidose e coma pode chegar-se à morte.<sup>2</sup> Perante tais factos, é de grande importância que os enfermeiros de uma unidade de atendimento de urgência pediátrica, conheçam as manifestações de tal entidade patológica, para poderem actuar em conformidade, prevenindo complicações e proporcionando todo o apoio e *empowerment* à criança e seus pais.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup>PEREIRA, Catarina *et al.* A Diabetes Mellitus e suas Complicações: Relembrar para Prevenir. In: **Medicina Interna** 1999. Vol 6, nº1 54-66p

<sup>2</sup>HOCKENBERRY *e tal* – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 2006, Rio de Janeiro. Mosby-Elsevier ed 7ª edição. 1079-1093p ISBN 13:978-85-352-1918-0

<sup>3</sup>PORTUGAL, Ministerio da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. – Lisboa: DGS, 2008 – XXIV p.

<sup>4</sup>COLLET-SOLBERG, P. Cetoacidose Diabética em crianças: revisão da fisiopatologia e tratamento com uso do “método de duas soluções salinas”. In: **Jornal de Pediatria.** 2001, vol 77, nº1

<sup>5</sup>GALLEGO,R. CALDEIRA, J. Complicações agudas da diabetes mellitus. In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** 2007; 23:565-75

<sup>6</sup>ALVES, Cresio – Situações de Emergência em Pediatria: cetoacidose diabética. 2004. Disponível em [www.medicina.ufba.br/educação\\_medica/actualização/ext\\_pediatria/cetoacidose.pdf](http://www.medicina.ufba.br/educação_medica/actualização/ext_pediatria/cetoacidose.pdf)

<sup>7</sup>CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) - Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

<sup>8</sup>FERREIRA, M. COSTA, M. Cuidar em Parceria: Subsidio para a Vinculação pais/bebê pré-termo. In: **Escola Superior de Enfermagem de Viseu (?)**

[www.spp.pt](http://www.spp.pt)

## **ANEXO XVIII**

**Procedimento: Cuidados de Enfermagem na Diabetes Inaugural/ Cetoacidose  
Diabética na Criança**

**1. NOME:**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA DIABETES INAUGURAL/ CETOACIDOSE DIABÉTICA NA CRIANÇA

**2. OBJECTIVO:**

Uniformização das Intervenções de Enfermagem

**3. PARTICIPANTES:**

Enfermeiros do AMP

**4. NOTAS TÉCNICAS:**

A diabetes mellitus (DM) é uma doença do metabolismo, caracterizada por uma deficiência parcial ou total da hormona **insulina**, resultando em alterações metabólicas e fisiológicas em quase todo o organismo. É o distúrbio endócrino mais comum da infância, com incidência máxima atingida durante o início da adolescência.

É classificada em diabetes **tipo 1** ou **tipo 2**, consoante o grau de insuficiência de insulina e fisiopatologia.

A cetoacidose diabética é a mais frequente das complicações agudas nos jovens mas pode surgir também na diabetes **tipo 2** e na diabetes inaugural no adulto.

A designação de cetoacidose prende-se com o recurso do organismo aos lípidos para obtenção de energia, uma vez que a glicose não está disponível para o metabolismo celular. Da degradação dos lípidos resultam corpos cetónicos que podem ser utilizados pelas células como fonte de combustão mas de forma limitada. O seu excesso é eliminado pela urina – **cetenúria** – pelos pulmões – **hálito cetónico** – acumulam-se no sangue diminuindo o seu pH – **cetonémia** e **cetoacidose**.

A cetoacidose caracteriza-se clinicamente por desidratação, respiração acidótica e alteração do sensorio; e laboratorialmente por:

- Hiperglicemia (glicemia > 250 mg/dl);
- Acidose metabólica (pH < 7,3 ou bicarbonato sérico < 15 mEq/l);
- Cetonemia (cetonas totais > 3 mmol/l) e cetonúria.

Em recém-nascidos e lactentes jovens o quadro clínico não é tão claro, podendo ser confundido com broncoespasmo, pneumonia, infecção urinária, dor abdominal e distúrbios neurológicos.

Em crianças com menos de 2 anos pode verificar-se: sede intensa, irritabilidade, desidratação, febre e alteração do estado de consciência, taquipneia, poliúria (fraldas pesadas).

A cetoacidose diabética é uma emergência pediátrica que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente pois por desidratação, desequilíbrio electrolítico, acidose e coma pode chegar-se à morte.

A diabetes é uma doença crónica, tendo o seu episódio inaugural um impacto assustador na criança e família pelas suas características clínicas e gravidade.

Os pais destas crianças vão enfrentar um período de grande ansiedade que se inicia com a dúvida do diagnóstico e, com a sua confirmação, a perda da criança perfeita.

Numa primeira fase poderão entrar em **negação**, achando que o diagnóstico possa estar errado, que esta situação se possa dever a *algo que a criança comeu*. Podem seguidamente **culpabilizarem-se: terão feito algo de errado?**

o enfermeiro especialista em pediatria deve estar presente e mostrar-se disponível para responder às dúvidas destes pais, demonstrar compreensão, estabelecendo uma relação empática.

É importante envolver os pais no planeamento dos cuidados e na tomada de decisões, reconhecendo que estes são quem melhor conhece a criança e sabe lidar com ela.

Deve promover-se o *empowerment*, capacitando os pais para os cuidados, não esquecendo de lhes dar reforços positivos. Outro aspecto que devemos ter presente é a *promoção da esperança*: dar uma perspectiva evolutiva realista, demonstrar que eles são capazes de lidar com a situação, que têm apoios na comunidade e que, é possível uma criança com diabetes ter uma vida normal, ir à escola, ter amigos, brincar, ser feliz...

Os cuidados de enfermagem pediátricos segundo o modelo de Anne Casey devem, na sua essência permitir um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar.

## 5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFA:

### 5.1. Na triagem:

5.1.1. Observar estado geral da criança.

5.1.2. Questionar criança/ familiar sobre os sintomas que o levaram à urgência e desde quando estão presentes

5.1.3 Reconhecer semiologia da cetoacidose diabética

TABELA 1: Sinais e Sintomas da Cetoacidose Diabética

Sinais	Sintomas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura normal ou baixa</li><li>• Polipneia profunda (Kassmaul)</li><li>• Desidratação<ul style="list-style-type: none"><li>- 5% se perda de turgor, mucosas secas e taquicárdia.</li><li>-10% se revascularização capilar <math>\geq 3''</math> e olhos encovados</li><li>- &gt; 10% se prega cutânea, hipotensão, oligúria e choque</li></ul></li><li>• Alterações de consciência</li><li>• Perda de peso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Astenia progressiva até letargia</li><li>• Anorexia</li><li>• Náuseas e vômitos</li><li>• Presença de Polis (poliúria, polidipsia...)</li><li>• Dor abdominal – também torácica</li><li>• Boca seca</li></ul>

5.1.4. Avaliar sinais vitais: TA, FC, FR e suas características

5.1.5. Avaliar estado de hidratação

5.1.6. Avaliar saturação periférica de O<sub>2</sub>

5.1.7. Avaliar peso

5.1.8. Avaliar glicemia periférica

5.1.9. Pedir amostra de urina para avaliar glicosúria e cetenúria

5.1.10. Encaminhar para o médico logo que possível.

### 5.2. Na sala de tratamentos

5.2.1. Informar e pedir consentimento para a realização dos procedimentos à criança e aos pais, pedindo a colaboração destes.

5.2.2. Puncionar veia periférica

5.2.3. Colher amostras de sangue, conforme solicitado pelo médico

5.2.4. Algaliação ou colocação de saco de colheita de urina se necessário

5.2.5. Providenciar envio de amostras para o laboratório

5.2.6. Transferir para a sala de observações

### **5.3. Na sala de Observações**

5.3.1. Monitorizar a criança

5.3.2. Administrar O<sub>2</sub> de acordo com o padrão respiratório

5.3.3. Monitorizar estado de consciência

5.3.4. Administrar terapêutica prescrita (Anexo 1)

5.3.5. Avaliar sinais vitais, estado de consciência, glicemia capilar, cetenúria e glicosúria conforme prescrito ou 1 vez por hora.

5.3.6. Efectuar registos

5.3.7. Proporcionar ambiente que sugira segurança, demonstrando interesse e que a criança está a ser cuidada.

5.3.8. Gerir ansiedade dos pais, fornecendo as informações necessárias a cada momento e, de acordo com as suas solicitações.

### **5.4. Intervenções Autónomas de Enfermagem**

#### **Foco:** *Sensações*

Avaliar/monitorizar estado de consciência;

Avaliar alterações da visão (visão turva)

Vigiar estado de orientação

#### **Foco:** *Circulação*

Avaliar sinais vitais, com frequência horária

Inserir e manter AVP

#### **Foco:** *Respiração*

Avaliar frequência e característica da respiração

Administrar O<sub>2</sub> se necessário

Avaliar sinais de dificuldade respiratória

#### **Foco:** *Tegumentos*

Avaliar estado de hidratação da pele e mucosas

Observar presença de lesões cutâneas

**Foco:** *Actividade motora*

Avaliar hipoactividade/ prostração

**Foco:** *Volume de líquidos*

Avaliar grau de hidratação/desidratação

Administrar soroterapia e reposição electrolítica prescrita

Vigiar edemas

**Foco:** *Nutrição/Digestão*

Avaliar presença de polifagia e polidipsia

Registar líquidos ingeridos

Instruir sobre dieta adequada

**Foco:** *Eliminação*

Avaliar e vigiar débito urinário

Observar características da urina

**Foco:** *Temperatura corporal*

Avaliar presença de febre

**Foco:** *Aprendizagem*

Avaliar capacidade cognitiva e de aprendizagem da criança e dos pais

Adaptar os ensinamentos às capacidades identificadas

**Foco:** *Avaliação da Pessoa*

Facilitar apoio espiritual

Instruir prestador de cuidados para alta

Instruir sobre a gestão do regime medicamentoso

Orientar para recursos de saúde na comunidade

## **ANEXO XIX**

**Poster: Diversificação Alimentar**

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Manuela Correia



A introdução de novos alimentos é iniciada por volta dos 4 a 6 meses

- 4 meses: papa láctea de cereais sem glúten/ puré de legumes;
- 4,5 meses: introduzir a que não foi iniciada aos 4 meses, e oferecer uma diferente em duas refeições distintas.
- 5 meses: papa de legumes com carne e uma papa sem glúten e fruta;
- 6 meses: papa de legumes com carne e uma papa com glúten e fruta;
- 8 meses: faz uma papa e duas sopas e introduz o iogurte natural;
- 9/10 meses: sopa de legumes com carne, sopa de legumes com peixe, fruta e iogurte;
- 12 meses: a criança pode já iniciar leite de vaca inteiro, comer ovo inteiro. Pode comer sopa mais segundo prato e fruta como sobremesa.

## Nota:

- Introduzir um novo alimento em cada semana, para poder identificar eventuais alergias alimentares
- Caso estejamos perante um bebé de elevado percentil ponderal, será melhor considerar a hipótese de oferecer primeiramente a sopa/puré de legumes e protelar a introdução da papa, pois esta é mais calórica.