



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

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**(En)caminhar é (Des)envolver**

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

**Elaborado por:** Cláudia Maria Melo Martins

**Orientado por:** Mestre Isabel Quelhas

**Porto, Fevereiro de 2011**



*“O ingresso na vida activa é um caminho, seguramente longo,  
muitas vezes escarpado e com curvas cegas, mas,  
sendo caminho, faz-se caminhando.”*

**Casimiro Ferreira Gomes**



## **RESUMO**

O presente Relatório, insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Porto) e visa descrever de forma reflectida as actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo subjacentes objectivos traçados para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. O Estágio esteve dividido em 3 Módulos, designadamente: o Módulo I em Cuidados de Saúde Primários; o Módulo II em Serviços de Medicina e Cirurgia Pediátricos e o Módulo III em Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia. Este Relatório foi elaborado segundo uma metodologia exploratória, descritiva e reflexiva, e retrata o meu desempenho, as dificuldades sentidas, as experiências, as aprendizagens/competências adquiridas através do contacto directo com distintas crianças/famílias nos diferentes contextos do Estágio. Foram concretizados os objectivos propostos para a elaboração deste Relatório, bem como, os objectivos do Estágio, os quais me proporcionaram a efectiva aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, indispensáveis para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista nesta área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Saúde Infantil e Pediatria; Relatório.



## **ABSTRACT**

This Report is within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Pediatrics and Child's Health of the Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Porto) and aims to describe in a reflexive way the activities undertaken during the Clinical Training, having as underlying objectives the acquirement of skills inherent to the Specialist Nurse in Pediatrics and Child's Health. The Clinical Training was divided into three modules, namely: Module I in Primary Health Care, Module II in the Pediatric Medical and Surgical Ward and Module III in Pediatric Emergency Ward and Neonatology. This Report was prepared using an exploratory, descriptive and reflexive methodology, and portrays my performance, the difficulties that I felt, the experiences, the learning / skills acquired through direct contact with different children / families in different areas of the Clinical Training. The objectives proposed for the preparation of this Report were achieved, as well as the objectives of the Clinical Training. Such enabled me to acquire the actual skills inherent to the Specialist Nurse in Pediatrics and Child's Health, which are essential to my personal and professional development as a future specialist nurse in this area.

**KEYWORDS:** Nursing; Pediatric and Child's Health; Report.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à docente Isabel Quelhas, pela orientação, apoio e disponibilidade presentes ao longo do Estágio e às enfermeiras tutoras pelo estímulo e partilha de conhecimentos proporcionados, pois contribuíram para o aprofundamento dos meus conhecimentos e aquisição de novas experiências e aprendizagens, bem como, para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista na área da saúde infantil e pediatria.

Agradeço ao meu Marido pela compreensão e apoio incondicional demonstrados ao longo desta caminhada.



# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	15
1. ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA – CONTEXTUALIZAÇÃO .....	19
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO.....	21
2.1. Área da Prestação de Cuidados.....	21
2.1.1. A Relação Interpessoal .....	58
2.1.2. O Pensamento Crítico .....	61
2.2. Área da Formação.....	63
2.3. Área da Investigação.....	69
2.4. Área da Gestão.....	71
3. CONCLUSÃO.....	75
4. BIBLIOGRAFIA .....	77
ANEXOS.....	81
Anexo 1. Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil .....	83
Anexo 2. Fotografias da Actividade desenvolvida no Dia Mundial da Criança .....	159
Anexo 3. Folhas com Imagens e Frases alusivas ao Desenvolvimento Infantil.....	163
Anexo 4. Fotografias da 2ª Sessão de Massagem Infantil .....	169
Anexo 5. Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto do Serviço de Urgência Pediátrica .....	179
Anexo 6. Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários .....	183
Anexo 7. Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto de Internamento de Pediatria... 187	
Anexo 8. Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto de Internamento de Neonatologia .....	191
Anexo 9. Convite entregue aos Pais para participarem na Acção de Educação para a Saúde “Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê” .....	195
Anexo 10. Apresentação de PowerPoint® “Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê” ..	199
Anexo 11. Folheto “Cuidados de Higiene e Conforto ao Bebê”.....	209
Anexo 12. Folheto “Como Reduzir os Riscos do Síndrome de Morte Súbita”.....	213
Anexo 13. Questionário de Avaliação do Formando relativo à Acção de Educação para a Saúde “Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê” .....	217
Anexo 14. Poster “Desenvolvimento Infantil” .....	221
Anexo 15. Cartaz de Identificação da Sala de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil.....	225
Anexo 16. Apresentação de PowerPoint® “Saber Comer é Saber Viver”.....	229
Anexo 17. Apresentação de PowerPoint® “Doenças Sexualmente Transmissíveis” .....	241
Anexo 18. Apresentação de PowerPoint® “Saúde Oral” .....	249
Anexo 19. Apresentação de PowerPoint® “Prevenção de Acidentes na Infância” .....	255
Anexo 20. Folheto “Gripe A (H1N1)”.....	263
Anexo 21. Folheto “O Recém-nascido Prematuro” .....	267
Anexo 22. Folha de Divulgação da Acção de Formação em Serviço “Suporte Básico de Vida Pediátrico” .....	271
Anexo 23. Pré-teste para Avaliação de Conhecimentos .....	275
Anexo 24. Apresentação de PowerPoint® “Suporte Básico de Vida Pediátrico” .....	281
Anexo 25. Folheto com o Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico .....	295
Anexo 26. Questionário de Avaliação do Formando relativo à Acção de Formação em Serviço “Suporte Básico de Vida Pediátrico” .....	299
Anexo 27. Panfleto “Alimentação Infantil” .....	303
Anexo 28. Apresentação de PowerPoint® “Cuidados de Enfermagem com a Manipulação de Cateteres Vasculares em Pediatria” .....	307
Anexo 29. Manual de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico .....	317
Anexo 30. Carta de Transferência de Enfermagem adaptada para o Serviço de Urgência Pediátrica ..	359
Anexo 31. Instrução de Trabalho “Cuidados de Higiene na Incubadora” .....	363
Anexo 32. Reformulação da Instrução de Trabalho “Cuidados de Higiene na Incubadora” .....	367



## ABREVIATURAS

% – Por cento

cit. – Citado

p. – Página

## SIGLAS

AES – Acção de Educação para a Saúde

AFS – Acção de Formação em Serviço

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OBS – Sala de Observações

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SINUS – Serviço Informático Nacional para as Unidades de Saúde

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SP – Serviço de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UN – Unidade de Neonatologia



## 0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório, insere-se no âmbito da unidade curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Porto), no ano lectivo de 2008/2009, e tem como principal objectivo descrever as actividades desenvolvidas ao longo do Estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e sua, consequente, reflexão crítica.

A Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria procura promover a excelência do exercício profissional, desenvolvendo nos enfermeiros a autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados especializados de qualidade, centrados na criança/família, tendo como princípio a articulação efectiva entre a teoria e a prática, enquanto espaço de produção, por excelência, do conhecimento em enfermagem.

O Estágio constitui um momento pertinente para o desenvolvimento de saberes e competências técnicas e relacionais. Assim, o contacto directo com novas e diferentes situações promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e contribui para o enriquecimento individual. O Estágio esteve dividido em 3 Módulos, designadamente: o Módulo I em Cuidados de Saúde Primários; o Módulo II em Serviços de Medicina e Cirurgia Pediátricos e o Módulo III em Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia.

O Módulo I decorreu no Centro de Saúde de Vila Verde (Braga), no período compreendido entre o dia 20 de Abril e o dia 20 de Junho de 2009, e foi o local seleccionado para a realização de cuidados de saúde primários na área de saúde infantil pelo facto de já possuir um conhecimento prévio das suas valências e pela imagem social que percepciono na comunidade como instituição de qualidade e de referência nesta área, considerando por isso um local adequado para desenvolver competências tanto pessoais como previstas no plano de estudos do Curso e obter óptimos momentos de aprendizagem e reflexão. A proximidade com a minha área de residência foi também um factor importante para a respectiva selecção visto ser um factor proveitoso para a

conjugação de horários, obtendo conseqüentemente mais tempo útil para o planeamento e elaboração de projectos/acções de educação para a saúde.

O Módulo II decorreu no Hospital de Braga, no período compreendido entre o dia 6 de Outubro e o dia 27 de Novembro de 2009, em contexto de internamento em cuidados de saúde diferenciados de modo a lidar com crianças internadas com doenças agudas e/ou crónicas. O Hospital de Braga foi o local escolhido com base na proximidade com o meu local de trabalho, vantajoso para a conjugação de horários mas, sobretudo, por possuir um Serviço de Pediatria de Adolescentes, área na qual não possuía qualquer experiência académica nem profissional com Adolescentes e considerar uma faixa etária muito particular e interessante.

O Módulo III correspondente aos Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia (também em contexto de internamento em cuidados de saúde diferenciados) decorreu, respectivamente, no Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (Vila Nova de Famalicão) e no Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. (Viana do Castelo), no período compreendido entre o dia 30 de Novembro de 2009 e o dia 30 de Janeiro de 2010. Inicialmente, no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (Vila Nova de Famalicão), no período compreendido entre o dia 30 de Novembro e o dia 19 de Dezembro de 2009, tendo sido seleccionado este local com base em alguns aspectos, nomeadamente, nas referências positivas na área da saúde infantil e pediatria, e no facto de ser um serviço de urgência pediátrica muito recente, com menos de um ano de funcionamento desde a sua inauguração, possibilitando o meu contributo pessoal em função das necessidades detectadas. No período compreendido entre o dia 4 e o dia 30 de Janeiro de 2010, seleccionei a Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar do Alto Minho E.P.E. (Viana do Castelo) porque, trabalhando actualmente na Unidade de Neonatologia do Hospital de Braga, pretendi conhecer uma realidade diferente, vivenciar novas experiências e diferentes práticas, possibilitando uma prática reflexiva, assente no Pensamento Crítico.

Os 3 Módulos compreenderam a orientação da docente Isabel Quelhas e uma carga horária total de 750 horas de trabalho, tendo sido 540 horas de contacto directo nos respectivos serviços (180 horas em cada Módulo) e as restantes 210 horas de trabalho individual.

Cada Módulo do Estágio teve subjacente a elaboração de um Portfolio, como elemento de formação e desenvolvimento e como elemento de avaliação. O Portfolio não se resumiu apenas a um dossier de trabalhos desenvolvidos mas, consistiu numa estratégia facilitadora da aprendizagem tendo como base a reflexão e permitiu a avaliação de competências, tendo em conta a vertente formativa.

Assim, a realização deste Relatório tem como principais objectivos:

- Apresentar as actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, em face dos objectivos traçados e na prossecução das competências previstas no plano de estudos do curso;
- Evidenciar a reflexão efectuada durante o Estágio, incidindo sobre o processo de aprendizagem e com vista à consecução dos objectivos e das competências;
- Desenvolver capacidades de auto-avaliação;
- Servir de instrumento de consulta e de avaliação.

O presente Relatório foi elaborado segundo uma metodologia exploratória, descritiva e reflexiva, e estruturado com introdução, desenvolvimento e conclusão. No desenvolvimento são abordadas as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, preconizadas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, as quais foram divididas por áreas, para uma melhor organização e compreensão do Relatório. Também são apresentados os objectivos que me propus alcançar, tendo subjacentes estas competências, e as actividades efectivamente desenvolvidas ao longo do Estágio para a consecução dos mesmos, bem como, a respectiva reflexão crítica. Este Relatório também inclui bibliografia e anexos.



## 1. ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA – CONTEXTUALIZAÇÃO

A saúde infantil e pediatria (SIP) é uma área que se encontra em constante desenvolvimento e mutação, implicando por parte dos enfermeiros e outros técnicos, actualizações e questionamentos permanentes na sua prática.

Nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança (Artigo 1), “*criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo*” (Levy, 2006, p. 10). Em Portugal, a lei nacional não confere a maioridade mais cedo.

Trabalhar com a criança envolve o trabalho com a sua família o que implica que os enfermeiros possuam diversas competências nesta área sendo por isso fundamental investir na formação de enfermeiros especialistas em cuidados à criança/família, de forma a poderem usufruir de cuidados excelentes e a potenciar activamente o papel da família na promoção do seu bem-estar.

Nos termos do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros) um

*“enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.*

Neste sentido, o desempenho de um enfermeiro especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização desse conhecimento na prática. Contribui para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência, e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar.

O enfermeiro especialista detém um âmbito de intervenção único com um leque de actividades que pressupõe competências de índole técnico-científicas, sócio-relacionais, crítico-reflexivas e ético-deontológicas que lhe permitam o acompanhamento especializado à criança e família ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Deste modo, competência “*surge como uma capacidade de integrar os saberes diversos e*

*heterogéneos para os finalizar na realização de actividades”* (Ferreira e Dias, 2005, p. 77).

O Estágio constitui um momento ímpar de junção da teoria com a prática e de articulação dos conhecimentos adquiridos na prática e de experiências reflectidas, contribuindo de forma inequívoca para o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No Centro de Saúde (CS) prestam-se cuidados de saúde primários à criança, família e comunidade, de forma personalizada e continuada. Um dos objectivos dos cuidados de saúde primários é promover a melhoria do nível de saúde da área geográfica que abrange, não só sob uma perspectiva curativa, mas direccionando a atenção a medidas de promoção de saúde e prevenção da doença. O CS assume uma importante atitude preventiva pois, está próximo da população, permitindo aos profissionais de saúde conhecer a vida dos seus utentes e de toda a comunidade em geral e, conseqüentemente, intervir sobre ela. Portanto, procuram a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação, em função das necessidades de cada utente.

No hospital prestam-se cuidados de saúde diferenciados à criança e família, de forma também personalizada e continuada. A doença e a hospitalização representam uma crise na vida das crianças bem como nas suas famílias. A forma como cada criança/família vivencia estas situações de stress, de alteração da sua rotina diária são variáveis e dependem de múltiplos factores. Compreendendo e analisando esses factores, as actividades desenvolvidas durante o Estágio permitem detectar alterações e intervir no sentido de promover uma mudança favorável.

Assim, o enfermeiro deve reconhecer a ansiedade da criança/família causada muitas vezes pelo medo do desconhecido, da possibilidade de separação, dos procedimentos realizados, de modo a promover estratégias de bem-estar que minimizem o sofrimento global da criança/família e, conseqüentemente, o impacto do processo de hospitalização.

## 2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO

Os objectivos que me propus alcançar no Estágio emergiram de 29 competências que o enfermeiro especialista em SIP deve demonstrar no final da formação, as quais se encontram preconizadas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

Assim, serão apresentados os objectivos que me propus alcançar de forma transversal ao longo do estágio, tendo subjacentes as 29 competências supracitadas, bem como, as actividades efectivamente desenvolvidas durante o mesmo para a sua consecução e, conseqüentemente, para a aquisição das competências. Para uma melhor organização e compreensão deste Relatório, dividi as 29 competências em 4 áreas fundamentais na enfermagem, designadamente, a **prestação de cuidados**, a **formação**, a **investigação** e a **gestão**.

### 2.1. Área da Prestação de Cuidados

No que diz respeito às competências que considere relacionadas com a área **prestação de cuidados**, decidi particularizar algumas em 2 sub-áreas, designadamente, a relação interpessoal e o pensamento crítico, na medida em que me parecem fulcrais e subjacentes em qualquer cuidado de enfermagem.

*“Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social”* (Collière, 2002, p. 15). Cuidar é, pois, um compromisso com a vida, é um assumir que todo o ser humano precisa do outro, é entregar-se ao outro com a plena satisfação no bem e na manutenção da vida humana, é, ainda assim, melhorar aquilo que damos ao outro numa relação de ajuda. Cuidar é amparar, é potenciar, é proporcionar, é melhorar, é envolver mas é, acima de tudo, humanizar.

Para haver um completo cuidar da criança, o enfermeiro deve na sua prática olhar a criança como um todo com necessidades que devem ser satisfeitas e pertencente a uma determinada família por isso, os cuidados de enfermagem centram-se tanto na família

como na criança, um ser com valores, sentimentos, cultura e crenças que devem ser respeitadas e tidas em conta no processo de cuidado.

### **Competências:**

- 1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- 7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*
- 12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;*
- 13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;*
- 14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- 15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;*
- 24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.*

### **Objectivo:**

**Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional bem como os recursos humanos e materiais.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Dialoguei com a enfermeira chefe e com a enfermeira tutora;
- ✓ Recebi uma visita guiada às instalações;
- ✓ Consultei e analisei documentos existentes: fluxograma e organograma da Instituição/Unidade de Cuidados, recursos humanos e materiais, normas e protocolos, critérios de desempenho, modelos e impressos em vigor;
- ✓ Observei a dinâmica e a metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar;
- ✓ Conheci instituições de atendimento à criança com deficiência na área de influência das instituições e de grande pertinência.

### **Reflexão:**

Em todos os contextos do Estágio fui muito bem recebida pela enfermeira chefe e pela enfermeira tutora do respectivo serviço, as quais me proporcionaram uma visita guiada

por todo o serviço e a apresentação aos restantes elementos da equipa multidisciplinar de saúde. Este momento inicial foi crucial para me integrar na organização e funcionamento dos serviços, assim como nas equipas multidisciplinares de saúde, das quais devo realçar o bom acolhimento e receptividade.

A caracterização física e os recursos materiais dos diferentes serviços apresentam-se bem adaptados à habitual afluência de crianças e às respectivas necessidades de cuidados de saúde nos diferentes contextos. Uma característica particular do Serviço de Pediatria (SP) é a decoração que, por excelência, caracteriza um serviço onde são internadas crianças. A cor, os brinquedos, as fotografias, a sala recreativa e todo o meio envolvente são pormenores que fazem com que as crianças se sintam mais confortáveis, inseridas num meio mais propício ao seu desenvolvimento e bem-estar, apesar de se encontrarem em ambiente hospitalar. O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é um serviço muito recente (perfez 1 ano de existência em Janeiro) que apresenta uma estrutura física ampla mas, sem qualquer decoração que caracterize um serviço de atendimento de crianças, não o tornando acolhedor para a criança/família.

No que diz respeito aos recursos humanos, cada serviço conta com médicos, com a especialidade na respectiva área, com enfermeiros, alguns com especialidade em SIP, com assistentes operacionais (auxiliares de acção médica) e administrativos. Cada serviço também apresentava o apoio de um Psicólogo e de um Técnico Superior de Serviço Social (Assistente Social). Este procura promover uma melhor adaptação dos indivíduos, famílias e outros grupos no meio social em que vivem, auxiliando-os na resolução dos seus problemas (relacionais, económicos, entre outros).

Os cuidados de saúde primários (CSP) para Biscaia (2006, p. 23), são definidos como

*“os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, reabilitação ou de fim de vida”.*

Desempenham um papel fundamental na melhoria de nível de saúde das populações, fomentando a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade.

O método de trabalho da equipa de enfermagem nos CSP baseia-se na prestação de cuidados nas diferentes áreas de actuação, por isso, os próprios enfermeiros distribuem-se pelas diferentes áreas de actuação de forma aleatória mas rotativa para terem uma passagem igualitária e equitativa pelas diferentes áreas de actuação. A enfermeira especialista em SIP fica prioritariamente destacada para as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil (SIJ). Deste modo, verifiquei a existência de apenas uma enfermeira especialista em SIP (minha tutora), um número insuficiente para dar resposta às inúmeras consultas de enfermagem e de vigilância de saúde infantil e juvenil que são realizadas diariamente neste CS. Para além deste serviço também verifiquei um número insuficiente de enfermeiros no turno da noite do SUP, isto é, um enfermeiro, face aos imprevisíveis cuidados à criança/família que este tipo de serviço pode estar sujeito e, consequentemente, à necessidade de experiência profissional na área de SIP.

Nos cuidados de saúde diferenciados, por sua vez, o método de trabalho da equipa de enfermagem baseia-se no método individual, isto é, na distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros presentes em cada turno. No entanto, existe muito trabalho em equipa entre todos os enfermeiros, existindo muita colaboração e inter-ajuda na prestação dos cuidados a todas as crianças. Neste contexto, constatei um número considerável de enfermeiros com especialidade em SIP e outros ainda em fase de conclusão, o que indica uma crescente preocupação em possuírem formação pessoal e profissional nessa área e em exercerem adequados e personalizados cuidados de enfermagem à criança/família com a sensibilidade própria de um enfermeiro especialista em SIP.

No sentido de promover e enriquecer o meu processo de integração e adaptação em cada contexto de cuidados foi-me também facultado material de apoio, para ter percepção de algumas normas e procedimentos relativos quer ao funcionamento do serviço, quer em relação aos cuidados de enfermagem prestados às crianças, que se encontram protocolados. Considero fundamental para garantir uma uniformização dos cuidados prestados pelos enfermeiros que integram a equipa mas, tendo sempre a preocupação de analisar previamente a exequibilidade dos procedimentos a cada criança/família, efectuando os ajustes necessários em cada situação/contexto.

Tornou-se crucial conhecer a estrutura física e a dinâmica dos serviços porque permitiu-me rentabilizar as intervenções de enfermagem especializadas prestadas à criança/família em cada contexto de cuidados. O contacto com a medicação, o material e o equipamento, durante a primeira semana de estágio, tornaram-se essenciais para a minha integração e aquisição de aprendizagens nos respectivos serviços, ou seja, cada contacto com algo novo ou desconhecido exigiu um reequacionar de atitudes, de actividades e de prioridades que suscitaram as descobertas e, simultaneamente, as aprendizagens.

Relativamente ao conhecimento de instituições de atendimento à criança com deficiência na área de influência, ou de grande pertinência, tive oportunidade de conhecer, no contexto dos CSP, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), no dia 28 de Maio de 2009, e a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), no dia 1 de Junho de 2009, ambas do Concelho de Vila Verde.

A CPCJ é uma instituição oficial, não judiciária, que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou cessar situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Intervém em situações de crianças e jovens: vítimas de maus tratos físicos ou psíquicos, ou de abusos sexuais; vítimas de abandono ou negligência; em situação de abandono escolar ou trabalho infantil; com comportamentos que revelem dificuldade de adaptação a uma vida social normal, entregando-se a actividades e consumos que afectam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação. Quando conheci o espaço físico da CPCJ do Concelho de Vila Verde tive oportunidade de assistir uma reunião com exposição de casos com algumas situações de perigo, supracitadas, que me permitiu conhecer a equipa multidisciplinar, a periodicidade de reuniões, o modo de actuação e compreender toda a dinâmica de funcionamento da CPCJ. Verifiquei que a maior parte dos casos analisados refere-se a casos relacionados com a área de educação, seguida pela área de saúde.

A APPACDM, por sua vez, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de utilidade pública sem fins lucrativos, que existe desde 1986, vocacionada para o

atendimento ao Cidadão Deficiente Mental do Concelho de Vila Verde, tendo como objectivo primordial a integração e normalização do Cidadão Deficiente Mental, inculcando a autonomia pessoal e a realização de hábitos de vida diária. Nesta instituição obtive uma visita guiada por toda a instituição para conhecer a estrutura física onde os utentes realizam as diferentes actividades ocupacionais, bem como, a apresentação da equipa multidisciplinar e de alguns utentes. Não pude observar o normal funcionamento das actividades proporcionadas diariamente para os utentes por ser o Dia Mundial da Criança e por isso, tinham outras actividades especiais programadas, particularmente, um espectáculo de animação com palhaços e actividades ao ar livre. Esta instituição apresenta apenas um funcionamento diurno, ou seja, não contempla qualquer tipo de internamento nem condições físicas para tal o que considero um ponto positivo, para que as famílias não se desliguem e afastem destes cidadãos com necessidades especiais (como se verifica em algumas instituições) porque eles acima de tudo são pessoas, com direitos e deveres, inseridos numa sociedade e que necessitam de estabilidade emocional e apoio familiar.

Considero que foi muito enriquecedor o conhecimento destas duas instituições porque permitiu-me, por um lado, conhecer uma realidade problemática do Concelho de Vila Verde com situações susceptíveis de afectar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento das crianças e, por outro lado, contactar directamente com crianças com deficiência e conhecer as suas actividades ocupacionais e apoios que possuem da sociedade. Assim, posso afirmar que este objectivo foi concretizado na sua plenitude.

**Objectivo:**

**Desenvolver competências científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à criança/família nos diferentes contextos.**

**Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Mobilizei conhecimentos adquiridos durante o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de SIP;
- ✓ Assisti a criança/família, nos diferentes contextos, segundo a metodologia do Processo de Enfermagem;

- ✓ Utilizei uma linguagem classificada com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);
- ✓ Utilizei o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- ✓ Estabeleci uma relação de parceria de cuidados com a criança/família;
- ✓ Realizei Diagnósticos Precoces;
- ✓ Participei na dinamização do Cantinho da Amamentação;
- ✓ Participei em Visitas Domiciliárias à criança/família;
- ✓ Participei em sessões de Massagem Infantil;
- ✓ Articulei com outros recursos da comunidade;
- ✓ Apliquei os princípios de ética e deontologia profissional, atendendo às características culturais da família e respeitando sempre a privacidade e a confidencialidade.

### **Reflexão:**

Nos primeiros dias de Estágio, no contexto dos CSP, apresentava sentimentos de insegurança e receio por me encontrar a vivenciar uma realidade profissional completamente diferente da minha actividade laboral, numa Unidade de Neonatologia (UN). Ao longo da primeira semana esses sentimentos foram-se desvanecendo gradualmente, com o apoio da enfermeira tutora e restantes elementos da equipa multidisciplinar de saúde, com o estudo e a pesquisa constante dos conhecimentos científicos e teóricos, abordados nas unidades curriculares do curso e como a minha intervenção progressiva nas consultas de enfermagem de SIJ.

As consultas de enfermagem de SIJ dizem respeito a consultas programadas em idades chave estabelecidas no Boletim de SIJ e no Programa Tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil n.º 12 (Orientações Técnicas da Direcção Geral de Saúde) com o intuito de avaliar o desenvolvimento da criança e identificar precocemente sinais de alerta para se poder intervir, aconselhar e estimular a família atempadamente. Estas consultas constituem a melhor forma de proceder à vigilância, à manutenção e promoção da SIJ, à prevenção da doença, ao esclarecimento de dúvidas. O Boletim de SIJ e o Programa Tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil n.º 12 constituem documentos essenciais para a uniformização dos cuidados à criança.

No CS de Vila Verde a consulta de enfermagem de SIJ é realizada por enfermeiros generalistas/graduados e pela enfermeira especialista em SIP. Prioritariamente e sempre que o serviço permita, as consultas de enfermagem de SIJ são realizadas pela enfermeira especialista, visto possuir formação específica e mais abrangente nesta área de intervenção, e um papel activo na promoção da saúde e prevenção da doença, na detecção precoce de situações de risco, e no seu posterior encaminhamento. Assim, tive oportunidade de assistir 89 crianças nas consultas de enfermagem de SIJ, correspondendo às seguintes faixas etárias: 18 consultas dos 5 anos; 14 consultas dos 2 meses; 12 consultas dos 6 meses; 10 consultas dos 4 meses; 10 consultas do 1 mês; 8 consultas dos 9 meses; 7 consultas dos 11-13 anos; 6 consultas dos 2-3 anos e 4 consultas dos 12 meses. A assistência de crianças com diferentes faixas etárias nas correspondentes consultas de enfermagem de SIJ permitiu-me adquirir progressivamente autonomia, confiança e destreza na realização das mesmas, assim como, permitiu-me contactar com diversas experiências e momentos de aprendizagem. Para além disso, também se tornou imprescindível para a criação de sentimentos de confiança na criança/família e isso foi perfeitamente notório no final do primeiro mês de Estágio quando a criança/família que eu já tinha atendido anteriormente voltava novamente para uma consulta de SIJ, tendo sido bastante gratificante para mim.

Maioritariamente, assisti crianças com 5-6 anos nas consultas de enfermagem de saúde escolar (SE) porque o período de Estágio neste contexto de cuidados coincidiu com o final do ano lectivo escolar. Nestas consultas, após se realizar um exame global de saúde à criança e actualizar o PNV é entregue uma Declaração aos pais para poderem efectuar a inscrição na escola. Estas consultas foram as que me deram muito prazer realizá-las porque são consultas muito dinâmicas, nas quais as crianças participam bastante.

No início tive um pouco de dificuldades em realizar as consultas dos 11-13 anos porque a primeira consulta que observei foi um pouco conturbada. Nesta, o rapaz de 12 anos era um pouco rebelde, inicialmente contrariava tudo o que lhe era pedido e só no final da consulta é que se demonstrou mais receptivo. Todavia, as minhas dificuldades foram colmatadas com o apoio da enfermeira tutora e com a realização de mais consultas desta faixa etária.

Realizei colheitas de dados através de diálogos informais com a criança/família, avaliando o desenvolvimento psicomotor e psico-afectivo da criança, tendo também sempre presente o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, o Programa Tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil n.º 12 e o Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil disponibilizado nas unidades curriculares de Enfermagem de Saúde Infantil do curso. Neste contexto, constatei que não existia qualquer Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de SIJ por isso decidi elaborar este documento (Anexo 1), tendo também como base os documentos supracitados e pesquisas bibliográficas, com o intuito de uniformizar os cuidados e procedimentos entre os enfermeiros do CS que realizam consultas de enfermagem de SIJ.

A sala onde geralmente se realizavam as consultas de SIJ continha material didáctico e de apoio à consulta, fundamentais para possíveis esclarecimentos aos pais, tendo mesmo fornecido alguns desses panfletos/folhetos informativos nas consultas. Durante a realização das consultas de enfermagem de SIJ procurei sempre criar um ambiente harmonioso e empático com a criança, promovendo a presença e o contacto físico dos pais. Devo também referir que nestas consultas tive oportunidade de realizar imensos exames físicos às crianças, algo que considero importante, na medida em que representa um excelente momento de conhecimento da criança, de despiste de malformações, de atrasos no desenvolvimento, de perturbações na visão, na audição e/ou psico-afectivas, de maus-tratos, violência ou negligência, entre outros. Outro aspecto importante que sempre tive o cuidado de cumprir na realização das consultas de enfermagem de SIJ diz respeito à verificação dos conhecimentos que a criança/família já possuem para perceber quais os cuidados que faz correctamente e quais os que ainda precisa melhorar, bem como, as dificuldades que apresenta. Isto torna-se crucial para evitar aborrecer a criança/família com conhecimentos que já possui mas, sobretudo, para fornecer aqueles conhecimentos que efectivamente necessita. *“Como no adulto, a anamnese e o exame físico do paciente pediátrico permitem, na maioria das vezes, que se chegue a uma ou mais hipóteses diagnosticas e ao estabelecimento de um plano terapêutico adequado”* (Santana, Kipper e Fiore, 2002, p. 49).

Aquando da realização das consultas de enfermagem de SIJ também tive oportunidade de accionar a articulação com outros recursos da comunidade e aqui destaco a articulação com: o Técnico Superior de Serviço Social (Assistente Social), tendo sido a

criança/família encaminhadas para o gabinete do Serviço Social por ter identificado o abandono da mãe e existirem dúvidas no pai relativamente aos seus direitos; a CPCJ, sendo os casos expostos verbalmente a um membro da equipa multidisciplinar, especificamente, uma enfermeira do CS, situações de negligência por parte dos pais; a nutricionista, tendo encaminhado duas crianças com excesso de peso para a consulta de nutrição pediátrica do CS. No contexto de internamento de pediatria também estabeleci articulação com o Técnico Superior de Serviço Social pois contactei com crianças internadas por motivos sociais, havendo necessidade em averiguar a estrutura e o apoio familiar, os recursos económicos, as condições habitacionais e sanitárias, entre outros, antes da criança ter alta clínica. Deste modo, tive oportunidade de perceber a actuação do responsável pelo serviço social, bem como, a cooperação que o mesmo estabelece com a equipa de enfermagem, na identificação de problemas e necessidades reais da criança/família e, conseqüente, resolução em cada situação.

O CS de Vila Verde dispõe de um Programa de Aleitamento Materno, o qual é realizado no “Cantinho da Amamentação” por uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica desde 2006, a todas as puérperas inscritas no CS. O programa visa proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Todos os recém-nascidos são vigiados durante o primeiro mês de vida (dos 0 aos 28 dias) nesta consulta, sendo posteriormente, encaminhados para a enfermeira especialista em SIP. A participação na dinamização do Cantinho da Amamentação prendeu-se com o facto de poder ser eu a realizar o exame físico e monitorizar o peso do RN, e realizar ensinamentos aos pais sobre os cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical, transporte do recém-nascido, prevenção de acidentes, vestuário adequado, sono do recém-nascido, entre outros, adequados às necessidades formativas detectadas. É ainda observado o bebé a mamar e, neste momento, são retiradas todas as dúvidas que a mãe possa eventualmente ter relativamente à amamentação, aos cuidados a ter com as mamas, a extracção, ao armazenamento e a congelação do leite, entre outros assuntos. Os diagnósticos precoces, são também realizados nesta consulta por isso também tive oportunidade de os realizar, assim como fornecer aos pais a devida informação. No total, realizei 5 diagnósticos precoces, embora seja uma prática com a qual estou familiarizada porque na minha actividade laboral, numa UN, é uma prática muito comum.

No contexto dos CSP também adquiri competências no cumprimento do PNV e no âmbito da visita domiciliária. O PNV apresenta um esquema de vacinação que é universal, gratuito e acessível a todas as pessoas e tem permitido erradicar algumas doenças, reduzindo a mortalidade e morbilidade. A Direcção Geral de Saúde (DGS), estabelece estratégias, programas e objectivos específicos que são implementados em cada instituição de saúde, assumindo o enfermeiro um papel determinante na sua concretização e no êxito dos mesmos.

As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de protecção contra determinadas doenças, mesmo em situações em que a imunidade não é total. Para além da protecção pessoal, a vacinação apresenta benefícios para a comunidade em geral, pois quando grande parte da população se encontrar vacinada, consegue-se interromper a transmissão da doença. Assim, os profissionais de saúde apresentam um papel preponderante na divulgação do PNV, motivando as famílias e aproveitando todas as oportunidades para vacinar os utentes que não apresentem o PNV actualizado. A educação para a saúde no que concerne à vacinação, envolve aspectos relativos à importância da vacinação, das patologias que são prevenidas, as principais reacções adversas que podem ocorrer e as estratégias para as contornar e evitar. Todo este processo de esclarecimento e informação proporciona aos pais maior segurança e autonomia.

No contexto dos CSP, como tive oportunidade de assistir muitas crianças nas consultas de enfermagem de SIJ pude também administrar um total de 86 vacinas a crianças de variadas faixas etárias e elaborar os respectivos registos no Boletim de Vacinas da criança e no Serviço Informático Nacional para as Unidades de Saúde (SINUS). Para isso, foi fundamental o estudo consistente do esquema recomendado de vacinação do PNV, das vacinas, dos respectivos locais de administração, possíveis reacções adversas e cuidados necessários após a administração, através do Programa Nacional de Vacinação 2006 n.º 10 (Orientações Técnicas da DGS) para conseguir apresentar uma boa prática e realizar os ensinamentos adequados à criança/família. Acabei por saber facilmente o esquema de vacinação e lidar bem com a prática de vacinação. Para além disso, também lidei com alguns casos de esquemas de vacinação em atraso, sendo necessária a consulta do Programa Nacional de Vacinação 2006 n.º 10. Neste contexto, juntamente com a enfermeira tutora, também tive oportunidade de identificar esquemas de vacinação em atraso e situações de não cumprimento do PNV através da impressão

de listagens de crianças com esquemas em atraso no SINUS para posterior convocação da criança por contacto telefónico, por vale postal ou por visitação domiciliária, com vista à actualização do PNV e regularização da sua situação.

A visitação domiciliária, no âmbito da SIP, adquire um papel de extrema importância. Segundo Martin cit. por Marinheiro (2002, p. 54) “*a visita domiciliária é o instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influencia a saúde de quantos nele habitam*”. No CS, como existe apenas uma enfermeira especialista em SIP, a visitação domiciliária geralmente é realizada quando é necessário despistar situações de risco social, averiguar a situação familiar de crianças que não possuem o PNV actualizado ou não cumprem as consultas de enfermagem de SIJ, entre outros casos.

Assim, tive oportunidade de realizar visitação domiciliária dia 8 de Junho de 2009, juntamente com a enfermeira tutora. O primeiro caso diz respeito a uma família que já tinha contactado com um dos filhos e a mãe numa consulta de enfermagem de SIJ e tinha como principal objectivo avaliar as competências parentais. Esta família apresentava-se como um caso social que já tinha sido sinalizada na CPCJ por descuido nas competências parentais para cuidar dos seus 5 filhos e por descuido na higiene pessoal. Efectivamente, foi notória a falta de higiene na família, na roupa da mãe e dos filhos assim como a falta de limpeza das unhas. Esta visita permitiu alertar a mãe sobre a necessidade em melhorarem a higiene pessoal e sobre a supervisão que será mantida por visitas domiciliárias e por reavaliação de toda a situação familiar nas futuras consultas de enfermagem de SIJ. Outros dois casos relacionam-se com crianças de residências diferentes que não apresentavam o PNV actualizado bem como não tinham cumprido a consulta de SE no CS e que, portanto, se encontravam na listagem de crianças com esquemas de vacinação em atraso no programa SINUS e que não tinham respondido à convocatória por vale postal nem tínhamos conseguido falar com alguém por contacto telefónico (procedimento que já havíamos efectuado anteriormente no CS). Por isso, efectuamos esta visitação domiciliária para verificar a residência das crianças, pelo que fomos informadas por familiares que elas se encontram a viver em França com os pais que emigraram. Este tipo de visitação domiciliária também é importante na medida em que se informam os administrativos do CS para regularizarem esta situação informaticamente. O último caso, diz respeito a outra criança de 5 anos que também não se encontrava com o PNV actualizado nem tinha cumprido a consulta de SE no CS e,

por isso, também fomos verificar a residência. Todavia, neste caso, conseguimos falar com o pai da criança, o qual nos informou da alteração da morada e da área de residência da sua filha, após divórcio, pois encontra-se actualmente a viver com a mãe.

Efectuar a visitação domiciliária foi gratificante na medida em que consegui visualizar directamente o meio em que as crianças vivem, as condições habitacionais, a higiene pessoal e o vestuário mas, sobretudo, comportamentos e atitudes entre familiares que por vezes podem ser camuflados nas visitas ao CS. Penso que a visitação domiciliária poderia ser mais explorada neste CS mas, a falta de recursos humanos não permite.

No dia Mundial da Criança (dia 1 de Junho), juntamente com a enfermeira tutora, elaborei um cartaz de cortiça com imagens e palavras efectuadas através da utilização de tampas de frascos hermeticamente fechados, que guardávamos das vacinas, e pioneses (Anexo 2). Foi uma actividade interessante, na medida em que efectuamos um aproveitamento de material que habitualmente vai para o lixo ou para reciclar, com o intuito de comemorar o dia Mundial da Criança e de dedicá-la a todas as crianças. Para além disso, também elaborei umas folhas com imagens e frases alusivas ao desenvolvimento infantil (Anexo 3), as quais foram afixadas no cartaz de cortiça e na parede à sua volta, para informar as pessoas sobre as fases do desenvolvimento infantil e sobre alguns aspectos de extrema importância no dia-a-dia das crianças, tais como, os cuidados de higiene, saúde oral, educação, segurança, entre outros. Durante o preenchimento do cartaz foi notório o despertar de atenção nas pessoas que circulavam no corredor pois, paravam para visualizar as imagens e ler as frases, verbalizando-nos palavras de apreço.

No decurso do Estágio e, especificamente, no contexto dos CSP, também tive interesse em participar em duas sessões de Massagem Infantil a grupos de pais/bebés que decorrem na Junta de Freguesia da Senhora da Hora, com a formadora e enfermeira especialista em SIP do CS da Senhora da Hora. A primeira sessão que eu assisti (dia 9 de Junho) também coincidiu com o primeiro dia do grupo que iria frequentar o curso de Massagem Infantil, por isso, pude observar as apresentações, não só entre os pais, mas também, entre os bebés, e a curiosidade destes por se encontrarem num meio diferente do habitual. Os 8 bebés que participaram na sessão apresentavam idades compreendidas entre os 2 e os 4 meses de vida. Alguns apresentaram-se desde logo muito receptivos à

massagem mas outros não, acabando por se manter mais calmos visualizando apenas os outros bebés a receberem a massagem. Cada sessão apresenta uma duração média de 90 minutos, sendo que aproximadamente 30 minutos são disponibilizados para a realização de exercícios de recuperação física com as mães para aumentar a tonicidade muscular e a sua auto-estima, tornando-as menos vulneráveis à depressão pós-parto. Na segunda sessão (dia 16 de Junho) também correspondeu ao segundo dia do curso de massagem com os mesmos pais. Como já tinha contactado com estes pais pedi autorização à enfermeira instrutora e aos pais para captar alguns momentos da sessão com uma máquina fotográfica, que tendo sido aceite permitiu-me obter algumas fotografias memoráveis não só dos bebés a receber a massagem como também dos pais a realizarem-na e da enfermeira a exemplificar os diferentes passos no boneco (Anexo 4). Foi muito interessante constatar que os bebés vão se adaptando à massagem, porque nesta aula todos os bebés estiveram receptivos à massagem. A massagem ao bebé é, sem dúvida, um excelente instrumento para os pais estabelecerem um vínculo com o seu filho pois é um momento privilegiado para os pais e o bebé partilharem afectos.

No contexto de internamento de pediatria, assisti 23 crianças inseridas na faixa etária dos 0 aos 7 anos internadas no SP Crianças e 8 crianças inseridas na faixa etária dos 8 aos 16 anos internadas no SP Adolescentes. A minha área de intervenção esteve relacionada com diversos focos de enfermagem, nomeadamente: limpeza das vias aéreas; aspiração; temperatura corporal; nutrição; ingestão de líquidos; edema; ferida cirúrgica; actividade motora; dor; desenvolvimento físico; cognição; aprendizagem; emoções; adaptação, auto-estima, imagem corporal; autocuidado; adesão e gestão do regime terapêutico; papel parental; comunicação; vinculação; ambiente. Relativamente às 23 crianças que assisti no SP Crianças apresentaram os seguintes motivos de internamentos: 6 por febre; 4 por fracturas ósseas; 3 para serem submetidos a cirurgia programada; 2 por casos sociais; 1 por otite; 1 por edemas nas mãos e pés; 1 por infecção do tracto urinário; 1 por celulite periorbital; 1 por artralgias; 1 por púrpura trombocitopénica idiopática; 1 por meningite bacteriana; 1 por suspeita de mononucleose e 1 para realização de um exame complementar de diagnóstico programado. O principal motivo de internamento foi a febre devido à época do ano propícia à transmissão de vírus da gripe e as fracturas ósseas originadas por quedas na escola e no domicílio. Para além disso, também verifiquei que são internadas crianças para serem submetidas a cirurgias ou a exames complementares de diagnóstico que são

previamente marcados, permanecendo estas crianças no serviço o tempo estritamente necessário à sua recuperação, desde um turno a 48 horas, aproximadamente. Quanto às 8 crianças que assisti no SP Adolescentes apresentaram os seguintes motivos de internamentos: 2 por fracturas ósseas; 1 por encefalite; 1 por apendicectomia; 1 por vómitos; 1 por dispneia e febre; 1 para realização de um exame complementar de diagnóstico programado e 1 para ser submetido a cirurgia programada. Neste contexto são internadas crianças de diferentes faixas etárias e diagnósticos de admissão ou patologias que implicam o recurso de diversas especialidades médicas como, por exemplo, medicina, cirurgia, ortopedia, dermatologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, entre outras. Deste modo, o contacto directo com as distintas necessidades de cada criança/família permitiu-me utilizar incessantemente o conhecimento científico e prestar variados cuidados de enfermagem fundamentados e especializados à criança/família, proporcionando-me um estágio rico em experiências e aprendizagens novas.

No contexto do SUP a minha área de intervenção esteve relacionada com os seguintes principais focos de enfermagem: limpeza das vias aéreas; aspiração; temperatura corporal; nutrição; ingestão de líquidos; edema; pele; actividade motora; dor; desenvolvimento físico; cognição; emoções; adesão ao regime terapêutico; uso de álcool; papel parental; comunicação; ambiente. Assisti um total de 87 crianças com os seguintes motivos de recorrência: 22 por dispneia; 20 por febre; 18 por tosse; 11 por dor abdominal; 10 por vómitos; 3 por recusa alimentar; 2 por erupção cutânea; 1 por cefaleias. No que diz respeito ao internamento na Sala de Observações (OBS) tive oportunidade de assistir 12 crianças, com os seguintes motivos de internamento: 3 por intoxicação alcoólica; 2 por vómitos, febre e diarreia; 2 por fracturas ósseas; 1 por hiperglicemia; 1 por convulsões; 1 por dor abdominal; 1 por infecção do tracto urinário; 1 por gemido e edemas nos membros inferiores. As faixas etárias das crianças assistidas neste contexto do SUP foram muito variadas, não se destacando uma em particular. A OBS é utilizada para internamentos de curta duração de crianças que necessitam de maior vigilância e que não devem exceder as 48 horas, podendo, posteriormente, ter alta ou ser encaminhadas para o internamento no respectivo serviço, em função da idade da criança. Neste sentido, tive a oportunidade de transferir 2 crianças que assisti na OBS para o SP, designadamente, a criança internada por dor abdominal tendo sido posteriormente diagnosticada uma Apendicite e a criança internada por gemido e

edemas nos membros inferiores à qual lhe foi diagnosticada uma Acidose Respiratória grave, o que me permitiu transmitir ao enfermeiro do SP todas as informações necessárias à compreensão do estado de saúde da respectiva criança desde a sua admissão no SUP até ao momento da sua transferência. Os principais motivos que levaram a criança/família a recorrer ao SUP corresponderam aos principais sintomas de Gripe, designadamente, a dispneia, a febre e a tosse mas, também constatei que os principais receios da família residiam na possível contracção da Gripe A e as principais dúvidas na sua transmissão, prevenção e terapêutica utilizada. Isto porque este período de estágio realizado no contexto do SUP coincidiu com a época do ano em que o tema fulcral transmitido pelos órgãos de comunicação social era a Gripe A, um tema muito mediático e que despertou a atenção e o medo da população. Deste modo, considero que prestei os esclarecimentos e realizei os ensinamentos necessários à criança/família para reduzir a sua ansiedade e assegurar um clima de serenidade, com eficácia, na medida em que a criança/família ficava mais calma e sem dúvidas. A par disto, também tive oportunidade de conhecer e efectuar inúmeras colheitas para a pesquisa de Gripe A (H1N1) e de fornecer a medicação prescrita, efectuando os devidos ensinamentos, pois nessa altura a praticamente todas as crianças que recorriam ao SUP por sintomas de Gripe foram efectuadas as colheitas para despiste de Gripe A e fornecida a respectiva medicação para a criança e para os seus conviventes próximos como medida profiláctica, para ser administrada no domicílio. Neste contexto de cuidados também pude realizar triagem a 25 crianças de variadas faixas etárias e respectivas famílias, segundo o Sistema de Triagem de Manchester, o qual compreende um atendimento a crianças em função de critérios de gravidade, promovendo um acolhimento mais justo e adequado a cada criança/família.

Considero que o período de estágio no SUP melhorou significativamente os meus registos de enfermagem, tornando-os mais pormenorizados, através de uma avaliação inicial do estado geral da criança, no momento da sua admissão e, posteriormente, em função das suas necessidades básicas, proporcionando uma rápida visualização das intervenções de enfermagem necessárias para a evolução do estado clínico da criança, bem como, uma boa continuidade nos cuidados entre os profissionais de saúde, sem perda de informação. O estabelecimento de prioridades na prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família foi algo que sempre tive em atenção nos diferentes contextos mas, neste tornou-se fundamental face à enorme afluência de crianças e,

consequentes, cuidados de enfermagem necessários, em determinados períodos do dia. O Estágio no SUP permitiu-me também o conhecimento e o desenvolvimento de competências no programa informático “Alert”, no qual utilizei a linguagem classificada com base na CIPE para documentar os cuidados de enfermagem realizados. A identificação de diagnósticos e a elaboração de cada plano de cuidados para cada criança foram realizados manualmente (Anexo 5) porque este serviço não utiliza o programa informático SAPE.

No contexto de internamento de neonatologia a minha área de intervenção esteve relacionada com os seguintes principais focos de enfermagem: limpeza das vias aéreas; temperatura corporal; nutrição; sucção; eructação; pele; sono; desenvolvimento físico; cognição; emoções; adaptação; papel parental; comunicação; vinculação; amamentar, ambiente. Assisti 12 recém-nascidos, com os seguintes motivos de internamento: 5 por prematuridade; 2 por icterícia; 2 por hipoglicemia; 1 por febre; 1 por sépsis e 1 por bronquiolite. O motivo de internamento mais predominante foi a prematuridade e corresponderam a recém-nascidos que assisti com mais frequência na medida em que praticamente todos permaneceram internados durante o meu período de Estágio neste contexto. Este extenso tempo de internamento dos recém-nascidos prematuros na UN permitiu-me obter uma continuidade nos cuidados ao RN e à família, presenciar a evolução estado-ponderal do RN e o desenvolvimento de competências na alimentação como os reflexos de sucção e deglutição, assim como, apoiar a família na aquisição de competências para prestar os cuidados necessários ao RN através de adequados ensinamentos. Para além disso, também permitiu-me estabelecer uma relação empática e de confiança com a família. Uma vez que também exerço a minha actividade laboral numa UN, há 3 anos e meio, realizar Estágio neste contexto possibilitou-me, sobretudo, o contacto com algumas práticas e metodologias de trabalho diferentes relativamente aos recém-nascidos e à família, proporcionando-me também novas experiências e aprendizagens, assim como, também permitiu dar o meu contributo pessoal, com conhecimentos da minha actividade profissional, e com a explicação e demonstração de determinados procedimentos, promovendo também o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Esta UN possui alojamento para as mães de modo a permanecerem no serviço todo o tempo que desejarem, permitindo-lhes um excelente acompanhamento dos seus filhos.

Considero que foi muito gratificante vivenciar esta prática deste serviço, assim como, as emoções, as conquistas, mas também, as dificuldades e/ou receios da família, o que me permitiu detectar as necessidades formativas e, conseqüentemente, mobilizar os conhecimentos teóricos/práticos adquiridos através da realização de adequados ensinamentos à família.

O acolhimento da criança/família torna-se um momento crucial para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança/família. A criança (dependendo da sua idade) e a família são informados sobre horários, normas e procedimentos dos serviços, e esclarecem-se quaisquer dúvidas, demonstrando disponibilidade no sentido de minimizar o impacto da hospitalização. Neste sentido, a realização de avaliações iniciais, através de diálogos informais com os pais/pessoas significativas, permitiram-me perceber a situação clínica de cada criança juntamente com uma observação cuidada da mesma.

Durante todo o período de Estágio, também foi minha preocupação desenvolver uma aliança terapêutica com a família, na prestação de cuidados à criança, criando um ambiente de empatia, segurança e confiança, para que os pais, que são os prestadores de cuidados por excelência pudessem realizar as suas funções, com total apoio. A parceria de cuidados, para além de ser benéfica para a criança, permite estabelecer uma relação de confiança e autonomia na prestação de cuidados directos à criança, envolvendo os pais no processo de desenvolvimento.

Exceptuando o SUP, os restantes serviços apresentavam implementado o programa informático SAPE (programa informático igual ao que possuo no serviço onde exerço a minha actividade laboral), no qual tive oportunidade de formular diagnósticos de enfermagem e elaborar/actualizar planos de cuidados personalizados segundo as necessidades da criança/família para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando uma linguagem classificada com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) numa estrutura sistemática de trabalho como o Processo de Enfermagem. Relativamente aos planos de cuidados com os respectivos diagnósticos de enfermagem que actualizei com mais frequência no contexto dos CSP correspondeu à assistência de crianças com 5-6 anos pois realizei um maior número de consultas dessa faixa etária (Anexo 6), no contexto de internamento de

pediatria relacionaram-se com a assistência maioritária de crianças com febre e com fracturas (Anexo 7) e, por fim, no contexto de internamento de neonatologia relacionaram-se com a assistência de recém-nascidos prematuros (Anexo 8).

Durante este percurso, tive sempre presentes os princípios éticos e deontológicos na prestação dos cuidados, respeitando a criança e família no que se refere aos seus valores e direitos. Para além disto, tentei sempre demonstrar uma conduta isenta de juízos de valor, garantindo sempre a privacidade durante a minha actuação e a confidencialidade de toda a informação.

Considero ter desenvolvido, ao longo de todo o período de estágio, intervenções de enfermagem especializadas na área da SIP apoiadas em pressupostos científicos, sempre em conformidade com as necessidades e as diferentes situações detectadas, assim como, actividades educativas e pedagógicas adequadas às necessidades formativas.

Deste modo, no decurso do Estágio adquiri diversas experiências e momentos de aprendizagem que contribuíram, sem dúvida, para o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à criança/família nos diferentes contextos. Por isso, considero que este objectivo foi alcançado com sucesso.

### **Objectivo:**

**Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Criei um ambiente empático e seguro para a criança/pais;
- ✓ Fomentei a vinculação entre a criança e os pais;
- ✓ Apoiei a mãe no processo de implementação do aleitamento materno;
- ✓ Incentivei os pais a prestar os cuidados à criança tornando-os autónomos e dotados de habilidades fundamentais para o desempenho das suas funções;
- ✓ Prestei apoio emocional aos pais, esclarecendo as suas dúvidas.

**Reflexão:**

A família, apesar de inserida num meio social com uma série de requisitos, limitações e normas, é o núcleo crucial onde ocorre o desenvolvimento da criança, logo, pode ser considerado o contexto educativo mais adequado para promover o desenvolvimento da criança. Deste modo, os membros da família não só servem de modelo de comportamento, como também são os que determinam os tipos de relação e representam a primeira visão do mundo para a criança. A posterior evolução da criança na escola, nas relações sociais e afectivas, inclusivamente no contacto com adultos, explicam-se pelas vivências familiares e pelo sentido da relação estabelecida, sobretudo com os pais. Estes, assumem o dever de assegurar o desenvolvimento integral e equilibrado das crianças, proporcionando-lhes todos os instrumentos necessários para se tornarem adultos socialmente integrados e responsáveis. Assim, *“o objectivo principal da função parental é criar condições para que a criança cresça e se desenvolva da melhor forma possível”* (Santos, 2010, p. 45).

O nascimento de uma nova vida corresponde a uma fase de experiências únicas e gratificantes mas, também é um período de manifestação de diversos sentimentos, de vulnerabilidade e confusão para os pais. Nesse sentido, considero que prestei apoio emocional quando necessário e transmiti informações apropriadas para o esclarecimento das dúvidas dos pais, reduzindo os sentimentos de insegurança e de ansiedade. O nascimento de um filho não diz respeito apenas à mãe mas, também ao pai, por isso, sempre que possível, ele deve viver estes momentos junto dela, participando de forma activa. É considerado um momento do ciclo de vida que implica um conjunto de reorganizações a nível dos papéis que os pais desempenham, a adaptação a novas tarefas, tal como refere Pelchat cit. por Marinheiro (2002, p. 27) *“o nascimento de uma criança exige uma redefinição de papéis e de tarefas a cada membro da família”*. Assim, para além da mãe procurei sempre envolver o pai em todos os cuidados necessários à satisfação das necessidades básicas da criança, bem como, na sua educação.

O enfermeiro deve ajudar os pais a reconhecerem o valor, as capacidades e as necessidades básicas da criança, visando a estimulação e a maximização de todas as suas aptidões e, conseqüentemente, o seu pleno desenvolvimento. Assim, no decurso do

Estágio, procurei aproveitar todos os momentos que estive com os pais para apoiar e promover o papel parental na medida em que procurei: reforçar os laços afectivos entre os pais e a criança; ensinar e instruir os pais sobre alguns cuidados necessários à satisfação das necessidades básicas da criança e prevenção de acidentes, após detectadas as necessidades formativas; promover a criação de um ambiente afectuoso e seguro para promover o desenvolvimento harmonioso da criança, valorizando a sua individualidade e autonomia, entre outros. Colaço cit. por Marinheiro (2002, p. 27) considera que

*“durante o primeiro ano de vida a qualidade da relação entre a mãe e a criança é um factor essencial do seu desenvolvimento físico e psicológico, determinando quer a dependência quer a progressiva separação e individualização da criança em relação aos pais”.*

Neste sentido, também adoptei estratégias de promoção da vinculação, promovendo o contacto pais/criança o mais precocemente possível e incentivando os pais a comunicar com a criança, a trazer de casa, por exemplo, uma fralda de pano que estivesse anteriormente em contacto com a mãe, para a criança conhecer o seu cheiro e sentir assim a presença da mãe. Barradas (2008, p. 40) refere que Bowlby *“considera essencial à saúde da criança de pouca idade o calor, a intimidade e a relação constante com a mãe (ou quem, em carácter permanente a substitui)”*. Sempre que foi possível também incentivei a realização do “Método Canguru” com a mãe/pai, fomentando a vinculação e contribuindo para o bem-estar da criança. *“O processo de vinculação é considerado fundamental na medida em que este irá favorecer e por vezes determinar futuras relações entre a tríade, bem como influenciar o desenvolvimento cognitivo e social da criança”* (Barradas, 2008, p. 38).

O aleitamento materno também apresenta benefícios em termos de saúde da criança, do desenvolvimento intelectual e motor. Actualmente, é inquestionável o valor e a importância que o aleitamento materno possui, a nível nutricional e imunológico para um crescimento e desenvolvimento saudável, reforçando a vinculação. Para Barradas (2008, p. 45) *“a amamentação favorece muito a vinculação mãe-filho, pois o acto de amamentar é também uma forma de comunicar”*. Assim, e para o sucesso do aleitamento materno, torna-se imprescindível o papel dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno. Deste modo, tive sempre a preocupação de apoiar as mães em todo o processo de implementação do aleitamento materno, através: da transmissão de informações sobre os benefícios do aleitamento materno e sobre a relação entre amamentação e vinculação mãe-filho; do ensino e da instrução sobre a

correcta técnica para amamentar; do esclarecimento de dúvidas e receios, de modo a evitar a existência de mitos, entre outros. Todos estes cuidados foram prestados de forma atempada e oportuna, adaptados às necessidades de cada mãe para não a sobrecarregar com demasiada informação num único contacto.

A adaptação à parentalidade é um importante momento de desenvolvimento da vida de um casal, pois ambos os membros experimentam mudanças em termos emocionais e funcionais. Portanto, devo dizer que apoiei e promovi a parentalidade na medida em que ajudei os pais, nos diferentes contextos, a adoptarem comportamentos destinados a auxiliar a integração da criança na unidade sócio-familiar, otimizando o seu crescimento e desenvolvimento. Deste modo, posso afirmar que este objectivo foi atingido.

**Objectivo:**

**Desenvolver competências no âmbito do processo de hospitalização no ciclo vital da criança/família, apoiando nos processos de transição existentes ao longo do ciclo vital.**

**Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Apliquei estratégias de minimização dos efeitos negativos do processo de hospitalização e maximização dos seus benefícios;
- ✓ Apoiei nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital;
- ✓ Maximizei o potencial de crescimento da criança na experiência de hospitalização.

**Reflexão:**

A doença física da criança que, pela sua gravidade, dificuldade de diagnóstico ou complexidade de tratamento implica a hospitalização, rompe com o seu equilíbrio emocional e social. Segundo Riley cit. por Marinheiro (2002, p. 42) *“a doença é um factor que debilita em grande parte os mecanismos de resposta da criança”*. Desmorona-se o seu mundo de relação e, frequentemente, com a hospitalização a criança vivencia a sua primeira experiência de stress. Os factores de stress para as

crianças hospitalizadas são variados, assim como os consequentes sentimentos que experienciam, principalmente, o sofrimento provocado pelo ambiente estranho e a angústia do afastamento das pessoas que lhes são próximas e significativas. De acordo com Santana, Kipper e Fiore (2002, p. 26) “*o simples facto de a criança não estar no seu ambiente familiar já lhe causa ansiedade*”.

A família é maioritariamente o primeiro e principal referencial de relação da criança. Quando a doença “prescreve” a hospitalização da criança, toda a estrutura familiar é abalada. A hospitalização abala a organização da família e, consequentemente, dificulta a gestão do quotidiano dos seus membros. Apesar da hospitalização se constituir como algo necessário, esta é considerada uma situação de risco para o equilíbrio físico, psicológico e social da criança/família, que irão vivenciar um turbilhão de sentimentos, tais como o medo, a angústia e a insegurança. Vários factores apresentam-se relacionados com as reacções da criança/família à hospitalização, nomeadamente: a gravidade da doença; a experiência prévia da família com situações de doença ou hospitalização; a intensidade dos procedimentos técnicos envolvidos no diagnóstico e tratamento da criança; os sistemas de suporte familiar disponíveis e as crenças culturais e religiosas.

Foi com especial agrado que no contexto do internamento de pediatria verifiquei um elevado empenho dos profissionais de saúde a favor da presença de um acompanhante (mãe, pai, ou pessoa significativa), durante o internamento, numa tentativa de minimizar os efeitos negativos do processo de hospitalização. No contexto do SUP, apesar de algumas crianças terem uma passagem muito breve pelo serviço e outras apresentarem um curto internamento na OBS, constatei a presença contínua de pelo menos um acompanhante (mãe, pai, ou pessoa significativa). No contexto do internamento de neonatologia, verifiquei que, durante o dia, a maior parte dos pais permanece junto do seu filho e, durante a noite, existe a possibilidade da mãe permanecer num quarto perto do seu filho, a qual era quase sempre aproveitada pelas mães. A permanência de um familiar ou pessoa significativa é fundamental para minimizar os efeitos negativos do processo de hospitalização. Os pais desempenham um papel central na prevenção e tratamento das situações de doença, bem como, na hospitalização. Verificando-se assim, um papel activo dos pais durante o internamento e uma colaboração preciosa nos cuidados, foi também minha preocupação manter esse papel activo. Portanto, pude

constatar que para minimizar os efeitos negativos do processo de hospitalização no ciclo vital da criança é, sem dúvida, crucial o acompanhamento familiar da criança durante todo o período de hospitalização, promovendo o seu bem-estar. Para além do acompanhamento familiar durante o internamento da criança também incentivei a família a trazer objectos significativos da criança, pelo seu valor simbólico e por constituir uma fonte de segurança emocional.

No decurso do Estágio, aquando da prestação dos cuidados à criança, também observei cuidadosamente a prestação dos cuidados pelos pais, bem como, as suas reacções, o que me permitiu obter a real percepção do impacto que o processo de hospitalização pode provocar em todo o processo familiar e da importância da relação entre o enfermeiro e a família. Pude constatar, de uma forma geral, pais/pessoas significativas angustiadas pelo tempo de permanência no hospital, com receios, dúvidas e inseguranças relacionadas com determinados cuidados prestados à criança que no seu ambiente familiar tradicional não apresentariam pois passam a desacreditar nas suas capacidades, com ansiedade e sentimentos de impotência, de inferioridade relativamente à recuperação da criança. Esta, por sua vez, para além de ter que lidar com a doença precisa também adaptar-se ao novo ambiente que envolve a hospitalização e às novas situações nele presentes, tendo verificado a presença de distintos sentimentos, como o medo, a tristeza, a preocupação, a insegurança, a frustração, a raiva. A maioria das crianças relata a experiência de hospitalização como algo hostil, que suscita sentimentos difíceis de lidar, manifestando o desejo de regressar a casa, de sair daquela situação. Torna-se, por isso, fundamental estimular o papel da família na prestação de cuidados directos à criança minimizando o impacto da hospitalização na vida da criança e da família. Acolhendo, apoiando, orientando, estimulando e elogiando as famílias estabelecemos a proximidade imprescindível para uma prática pediátrica que respeite as crianças e os seus contextos. Valorizando as famílias e as suas práticas, numa parceria de responsabilidades, valorizei a prática de cuidados centrados na família. Deste modo, procurei sempre envolver os pais nos cuidados, efectuando ensinamentos tanto à criança (dependendo da sua idade) como à família adequados às necessidades detectadas para os preparar para a continuidade de cuidados após a alta clínica da criança, visando assim a autonomia e o envolvimento dos mesmos no processo de recuperação da criança.

O enfermeiro é responsável por promover estratégias de bem-estar que minimizem o sofrimento global das crianças hospitalizadas. Assim, apliquei estratégias para minimizar os efeitos negativos do processo de hospitalização na criança, adequando-as de forma personalizada a cada criança, designadamente: brincar; tocar; contar uma história; colocar música; ler um livro; estimular a escrita e a realização de desenhos; falar sobre desenhos animados; possibilitar a utilização da televisão, de jogos interactivos educativos e de computador (quando presente), entre outros. Verifiquei que nas crianças mais novas o brincar era uma estratégia bem sucedida para minimizar os sentimentos originados por procedimentos mais invasivos ou decorrentes da situação de hospitalização. *“Serve como refúgio do mundo que temos que enfrentar e como maneira de amansar esse mesmo mundo...”* (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID, 2006, p. 129). As crianças maiores (com mais de 10 anos de idade) preferem outros recursos como, por exemplo, conversar, ver televisão, utilizar jogos interactivos educativos e computador. A utilização do brinquedo ou a participação em actividades lúdicas possibilita à criança enfrentar de uma forma mais serena a situação de hospitalização, bem como, regular os seus sentimentos.

Segundo Mcwhinney cit. por Barradas (2008, p. 34)

*“no decurso do seu desenvolvimento, a família passa por várias mudanças possíveis: casamento, nascimentos, anos de escola e adolescência, fim do liceu e início de uma profissão ou ingresso na universidade, os filhos que deixam a casa, envelhecimento, reforma e viuvez.”*

A vida apresenta-se, então, marcada por processos de readaptação decorrentes de momentos específicos vividos pela pessoa ao longo do seu ciclo vital e, é na vivência destes processos que os saberes dos profissionais, no seu campo específico de intervenção, têm um papel preponderante quer na prevenção de desequilíbrios quer na recuperação do bem-estar da pessoa. As transições que ocorrem ao longo do ciclo vital são tão numerosas e tão díspares que exigem de nós uma atenção constante. Devo realçar que nos contextos dos CSP e do internamento de neonatologia, o apoio nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital esteve sobretudo presente no processo de transição para a parentalidade, que me permitiu apoiar os pais a adquirir determinadas competências iniciais necessárias para cuidar do seu filho como, por exemplo, saber: dar o banho ao bebé; mudar a fralda; dar de mamar ou dar o biberão; posicionar correctamente o bebé na cama; transportar o bebé com segurança, entre outros. De acordo com Barradas (2008, p. 35)

*“o nascimento de um bebé, em especial do primeiro filho, é um grande impacto, logo, o processo de transição para a parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam muitas vezes momentos de tensão familiar”.*

Deste modo, após o nascimento, seja nas primeiras consultas de enfermagem de SIJ ou em contexto de internamento, este tipo de apoio é extremamente necessário porque contactei com pais que revelaram elevado desconhecimento sobre os cuidados a ter com o bebé. Considero que apresentei uma boa intervenção e transmissão de conhecimentos aos pais tornando-os capazes, mais seguros e confiantes para cuidar dos seus filhos, prevenindo assim possíveis desequilíbrios no bem-estar do casal. Nos restantes contextos, internamento de pediatria e do SUP, para além do apoio nos processos de transição para a parentalidade nalgumas situações (apoio aos pais a adquirir competências iniciais necessárias para cuidar do seu filho), o apoio nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital também esteve presente: nos processos de transição saúde-doença (ajudando a criança/família a adaptar-se à necessidade de internamento); nos processos de transição para a escolaridade obrigatória, para a deficiência (como, por exemplo, crianças que contactei com paralisia cerebral e outras doenças degenerativas), para a adolescência e para a vida adulta, entre outros. Estes processos de transição originam a necessidade da criança/família se ajustar à nova situação. Cada situação acarreta dificuldades, sobretudo numa fase inicial, sendo necessário que haja ajuda no sentido da adaptação sem tantas dificuldades, por isso, procurei desenvolver uma relação empática com a criança/família, estabelecendo uma comunicação assertiva e proporcionando um ambiente de confiança, com vista ao equilíbrio e bem-estar dos mesmos. *“Uma boa comunicação dá segurança e diminui os riscos de conflito”* (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID, 2006, p. 150).

Ao longo do Estágio também procurei, no momento da admissão, acolher a criança/família, numa perspectiva de humanização, ou seja, tive sempre o cuidado de criar um ambiente de confiança, fornecer a informação necessária, utilizar linguagem ajustada ao seu contexto sociocultural, tendo em conta o tempo necessário para integrarem as informações fornecidas e adoptar uma atitude disponível para possibilitar o esclarecimento de dúvidas, exteriorização dos seus sentimentos e inquietações, de modo a detectar problemas sensíveis às intervenções de enfermagem ou a necessidade de encaminhando para outros profissionais de saúde. O tempo de internamento deve ser

o mínimo possível e o atendimento deve ser realizado por uma equipa especializada e motivada para a construção de um vínculo com a criança/família, em que os direitos da criança preconizados na Carta da Criança Hospitalizada devem ser assumidos como direitos fundamentais.

A hospitalização quando é correctamente acompanhada pelos profissionais de saúde, pode também constituir uma experiência benéfica para a criança/família. Mais do que promover a adaptação da criança à hospitalização é importante que esta experiência também maximize o seu desenvolvimento/crescimento. A actividade lúdica também promove o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afectivo da criança, permitindo o seu desenvolvimento e crescimento saudável. Para o Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID (2006, p. 128) *“brincar é necessário para o processo de desenvolvimento do bebé e da criança...”*. Portanto, o brinquedo tem um importante valor terapêutico na criança, influenciando positivamente no restabelecimento físico e emocional, assim como, no seu desenvolvimento intelectual e motor. *“O processo do desenvolvimento depende de interações repetidas e variadas entre as crianças em crescimento e o seu ambiente”* (Marinheiro, 2002, p. 42). Para Swanwick cit. por Marinheiro (2002, p. 42) *“...vai depender da própria personalidade da criança e das interações com pessoas e situações no seu ambiente externo”*. Deste modo, tive a preocupação de promover a socialização na criança, ou seja, estimei o convívio com outras crianças e com pessoas adultas aquando dos momentos lúdicos proporcionados, visando o desenvolvimento de capacidades para as relações interpessoais e a ocupação do tempo livre. Para além disso, também procurei: fomentar as relações criança/pais (sensibilizando os pais para a importância da vinculação, do amor, do carinho, do toque) e realizar actividades educativas e pedagógicas (transmitindo informações aos pais sobre as necessidades da criança para aprenderem mais sobre o seu desenvolvimento e crescimento e lidarem com outras situações idênticas com maior segurança).

É importante que os pais percepcionem que não estão sozinhos nesta situação de doença, que têm o apoio, o acompanhamento e o incentivo de todos os profissionais de saúde e que, para além deles, existem outros pais a lidar com situações semelhantes. Por isso, procurei transmitir aos pais que a hospitalização, por vezes, é uma necessidade inevitável para a recuperação da criança e que o equilíbrio das suas vidas também se

restabelecerá num futuro próximo, ajudando-os a aceitar melhor o processo de hospitalização.

Assim, considero que, no decurso do Estágio, promovi estratégias de minimização dos efeitos negativos do processo de hospitalização, bem como, de maximização dos seus benefícios, através: do acolhimento da criança/família; da prestação de cuidados centrados na criança/família; do apelo à permanência da mãe, do pai ou de outra pessoa significativa junto da criança; do incentivo à participação activa nos cuidados à criança, concedendo-lhes espaço e oportunidades para tomarem decisões; das informações fornecidas aos pais visando o desenvolvimento das suas competências para cuidar dos filhos; da criação de momentos lúdicos, entre outros. Por isso, considero que este objectivo foi amplamente concretizado.

### **Objectivo:**

**Desenvolver competências na avaliação e no tratamento da Dor na criança.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Conheci as diferentes Escalas de Avaliação da Dor utilizadas no serviço para quantificar a dor da criança;
- ✓ Consultei e analisei documentos e materiais existentes para avaliação e monitorização da dor;
- ✓ Apliquei as Escalas de Avaliação de Dor utilizadas no serviço;
- ✓ Utilizei medidas farmacológicas e não farmacológicas para minimizar a dor na criança.

### **Reflexão:**

A DGS, através da Circular Normativa nº 9 /DGCG, de 14 de Junho de 2003, decretou a dor como o 5º Sinal Vital, devendo ser avaliada e registada de forma sistemática a intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Segundo Carapinheiro cit. por Fernandes (2000, p. 7) “ *a dor é uma mera reacção fisiológica e não suscita sempre as mesmas sensações e os mesmos modos de defesa*” É uma

experiência subjectiva, na medida em que “...*não tem conteúdo referencial, não tem um objecto exterior que possa ser partilhado*” (Scarry cit. por Fernandes, 2000, p. 36).

O alívio eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das crianças que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde, por isso, exige todo o empenho da equipa multidisciplinar no seu reconhecimento, avaliação e classificação, para que seja possível optar pela melhor estratégia de minimização da dor. Para Fernandes (2000, p. 72) “*a escolha das medidas tem a ver com os conhecimentos e a experiência dos profissionais e dos doentes*”. A avaliação e o registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, devem ser realizados de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, com o principal objectivo de otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa cuidadora e melhorar a qualidade de vida da criança.

No decurso do Estágio, verifiquei que as equipas multidisciplinares de saúde nos contextos de internamento de pediatria e de neonatologia encontram-se mais sensíveis quanto à minimização da dor relativamente aos contextos dos CSP e do SUP, gerindo eficazmente as medidas não farmacológicas e as medidas farmacológicas prescritas para minimizar a dor.

Assim, no contexto de internamento de pediatria, antes de procedimentos invasivos e dolorosos, tais como, aspiração de secreções, punções venosas para colocação de cateteres venosos periféricos ou para colheitas de sangue, realização de tratamentos a feridas, substituição de ligaduras a membros imobilizados por fracturas, entre outros, tive sempre a preocupação de recorrer a medidas não farmacológicas e farmacológicas para minimizar a dor. As medidas não farmacológicas que utilizei para minimizar a dor dizem respeito à gestão do ambiente/espço físico, ao posicionamento da criança para promover conforto, o aconchego e a presença da família ou pessoa significativa, a presença de objectos significativos para a criança, a comunicação com a criança que contemplava a explicação prévia de qualquer intervenção de enfermagem (dependendo da idade da criança e suas capacidades cognitivas para entender), a distração com brinquedos, a imaginação guiada, o relaxamento, a estimulação da sucção não nutritiva com chupeta, a utilização de uma solução açucarada como a sacarose a 24% (dependendo da idade da criança), entre outros. As medidas farmacológicas que utilizei

maioritariamente antes das punções venosas referem-se à aplicação de um anestésico tópico (EMLA®), em forma de pomada, e de analgésicos (por via oral ou endovenosa) prescritos antes de realizar os procedimentos invasivos e dolorosos. Devo dizer que utilizei atempadamente estas medidas para minimizar a dor na criança, antes dos procedimentos mas também nas situações de presença de dor, com enorme eficácia na medida em que as crianças maioritariamente não chegavam a manifestar dor ou atenuava para dor ligeira. Neste contexto, constatei a utilização de 3 Escalas de Avaliação da Dor, nomeadamente: a Escala de NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*); a Escala de Faces e a Escala Numérica, adequando a sua utilização à idade da criança. A Escala de NIPS é uma das escalas de avaliação da dor utilizadas na minha actividade profissional, numa Unidade de Neonatologia, logo, não apresentei qualquer dificuldade em utilizá-la. Relativamente às outras escalas apesar de as conhecer muito bem foi a primeira vez que as utilizei directamente com crianças mas, não senti dificuldade em as aplicar e verifiquei que elas eram bem compreendidas pelas mesmas aquando da explicação dos procedimentos relacionados com a quantificação da dor às crianças que apresentam capacidades cognitivas para os entender.

No contexto de internamento de neonatologia, utilizei medidas não farmacológicas para prevenção da dor no RN, tais como: a manipulação mínima; o posicionamento; a diminuição do ruído e da incidência da luz directa; o toque; o contacto directo com os pais, entre outros. Nascimento (2010, p. 33) realça que *“em relação ao RN, estímulos demarcados como a luz e o barulho podem exacerbar as respostas perante a dor”*. Para minimizar a dor na RN antes da realização de técnicas invasivas (como, por exemplo, colheitas de sangue, colocação de cateteres venosos periféricos, aspiração de secreções, pesquisa de glicemias capilares, administração de vacinas, entre outros), utilizei activamente medidas não farmacológicas como o posicionamento, o método canguru, o toque, a massagem, a comunicação suave, a sucção não nutritiva com a chupeta e a utilização de uma solução açucarada como a sacarose a 24%. Neste contexto, a utilização de medidas não farmacológicas revelou-se suficiente e eficaz pois, observei bebés sem fúrias de dor e sem outras alterações no seu comportamento como o choro e a agitação motora, e com uma monitorização estável das frequências respiratória e cardíaca, tensão arterial e saturação de oxigénio. Isto porque, *“...a avaliação da dor no RN é feita através das alterações dos parâmetros fisiológicos e comportamentais, reconhecidas antes, durante e após um estímulo potencialmente doloroso”*

(Nascimento, 2010, p. 36) Quanto à monitorização da dor, verifiquei a utilização de uma escala adaptada da Escala de Avaliação da Dor de EDIN (*Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né*), a qual apenas a conhecia das unidades curriculares do curso, tendo sido a primeira vez que a utilizei directamente com crianças, com sucesso e de forma muito gratificante.

No contexto do SUP, devido à grande afluência de crianças em determinados períodos do dia e da urgência necessária em realizar determinados procedimentos a administração de analgésicos, infelizmente, não era utilizada eficazmente. Todavia, recorri sempre a medidas não farmacológicas para minimizar a dor da criança, mencionadas anteriormente e adequando-as de forma personalizada a cada criança, antes de realizar procedimentos invasivos e dolorosos, sobretudo punções venosas e aspiração de secreções. Quanto à monitorização da dor das crianças internadas na OBS e, conseqüente, intervenção para a sua minimização, estas foram realizadas activamente. Nesse sentido, constatei a utilização de duas Escalas de Avaliação da Dor, designadamente: a Escala de NIPS e a Escala Numérica (adequando a sua utilização à idade da criança), as quais já as tinha utilizado anteriormente no contexto de internamento de pediatria, permitindo o aperfeiçoamento na aplicação de cada Escala de Avaliação da Dor e respectiva monitorização. Nas crianças internadas na OBS consegui eficazmente aplicar as Escalas de Avaliação da Dor, monitorizar a dor e intervir no sentido de a minimizar/eliminar, através da utilização de medidas não farmacológicas e de medidas farmacológicas prescritas para minimizar a dor.

No contexto dos CSP, para minimizar a dor da criança, aquando da administração de vacinas, recorri a medidas não farmacológicas supracitadas, adequando-as também de forma personalizada a cada criança. Constatei que não utilizam soluções açucaradas como a sacarose a 24%, por isso, disponibilizei uma embalagem de sacarose a 24% para visualizarem (pois desconheciam) e expliquei verbalmente o Protocolo de Administração de Sacarose a 24% (com a posologia adequada ao peso e idade da criança), implementado no meu serviço e utilizado antes de intervenções invasivas e dolorosas. Através desta atitude procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para uma outra medida não farmacológica que poderão posteriormente conseguir implementar neste contexto mas, sobretudo, para a dor da criança e para a importância da utilização de medidas para minimizar a dor na criança.

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem um contacto mais próximo e prolongado com a criança, por isso, ele desempenha um papel chave na promoção do bem-estar da criança. Efectivamente constituiu uma prática constante no decurso do Estágio avaliar, monitorizar e registar a dor de cada criança para intervir no sentido de a prevenir ou minimizar, optando pela utilização de medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas. Portanto, o tratamento não farmacológico da dor consistiu na adopção de um conjunto de diversas intervenções que aliviaram a dor da criança, as quais foram utilizadas de forma exclusiva ou complementar ao tratamento farmacológico, reforçando o seu resultado. A sua escolha dependeu dos recursos existentes em cada contexto do Estágio e da fase de desenvolvimento cognitivo de cada criança, bem como, das suas características pessoais. As medidas não farmacológicas permitiram à criança ter um papel activo, concedendo-lhe o controlo ou a sensação de domínio sobre a sua reacção à situação, reduzindo assim o sofrimento ou a ansiedade e proporcionando uma diminuição da percepção da dor. Assim, concluo que consegui atingir este objectivo de uma forma muito positiva.

### **Competências:**

*10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*

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

### **Objectivo:**

**Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde com a criança/família, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Realizei ensinamentos à criança/família adequados às necessidades detectadas, mobilizando os conhecimentos teóricos/práticos adquiridos e valorizando sempre a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis e a prevenção da doença;
- ✓ Realizei Acções de Educação para a Saúde à criança/família;
- ✓ Realizei Acções de Educação para a Saúde à criança/família em contexto escolar;
- ✓ Elaborei documentos informativos para a criança/família.

**Reflexão:**

A realização de ensinamentos e de Acções de Educação para a Saúde adequadas às necessidades de cada criança/família assume um papel crucial na promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis e na prevenção da doença.

No contexto dos CSP, verifiquei dificuldades sentidas pela família no foco de enfermagem papel parental e, especificamente, na aquisição de competências relativas aos cuidados de higiene, posicionamento e transporte do bebé. Por isso, decidi realizar uma Acção de Educação para a Saúde (AES) à família para colmatar essas dificuldades e, consequentes, sentimentos de ansiedade e insegurança na família. Durante as consultas de enfermagem de SIJ convidei alguns pais para uma AES sobre Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê e entreguei um convite (Anexo 9) que efectuei para divulgação dessa AES. Apesar dos pais aceitarem assistir à AES e confirmarem a sua presença verbalmente durante a consulta de SIJ, infelizmente, apenas compareceu uma mãe com o respectivo bebé à AES. Por vezes, torna-se complicado fazer com que os pais tenham uma outra visita ao CS e menos convidativa se torna essa visita quando o CS se encontra com obras a decorrer no seu interior durante o seu normal funcionamento, produzindo imenso ruído sonoro. No entanto, dia 18 de Junho de 2009, realizei a AES intitulada “Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê”, que decorreu na sala de reuniões do CS, com a duração de 1 hora, e foi dirigida para uma mãe e para a enfermeira tutora, esta em contexto de avaliação. Nesta AES tinha como suporte todo o material necessário para exemplificar todos os procedimentos (boneco bebé, banheira, material para os cuidados de higiene, vestuário, cadeira de transporte, entre outros) e uma apresentação em PowerPoint® (Anexo 10). Durante a AES tive a preocupação de verificar os conhecimentos e as práticas habituais da mãe, esclarecendo-a sobre qualquer dúvida. No final, distribuí 2 folhetos informativos que elaborei, um sobre os Cuidados de Higiene e Conforto ao Bebê (Anexo 11) e, o outro, sobre o Correcto Posicionamento do Bebê na Cama para Reduzir os Riscos do Síndrome de Morte Súbita (Anexo 12). Para além disso, distribuí um Questionário de Avaliação do Formando (Anexo 13) que também elaborei para poder ter um *feedback* da minha prestação. A mãe/formanda verbalizou que a AES foi muito interessante e produtiva, assinalando também de uma forma muito satisfatória os itens relacionados com a minha prestação enquanto formadora e com a apreciação global da formação que recebeu.

Portanto, no contexto dos CSP, considerei fundamental a elaboração de documentos informativos para a criança/família nomeadamente: os folhetos informativos supracitados sobre os Cuidados de Higiene e Conforto ao Bebê e sobre o Correcto Posicionamento do Bebê na Cama para Reduzir os Riscos do Síndrome de Morte Súbita (folheto também utilizado para afixar na parede da sala de espera e na sala de realização das consultas de enfermagem de SIJ); um poster sobre o Desenvolvimento Infantil (Anexo 14) para ser afixado na sala de espera dos utentes porque constatei que a maior parte das preocupações e dúvidas dos pais prendem-se com o desenvolvimento esperado na criança. Assim, enquanto os pais esperam para ser atendidos podem-se informar sobre as competências e aprendizagens que a criança vai adquirindo nos primeiros 2 anos de vida porém, saloguei no poster que cada criança apresenta o seu desenvolvimento de forma muito individual e que, por isso, existem exceções na aquisição dessas aprendizagens para que os pais não fiquem demasiado preocupados se o seu filho ainda não tiver adquirido alguma aprendizagem em determinada idade, apenas pode requerer estímulo e vigilância. Para além disso, também elaborei um cartaz de identificação da sala de consultas de enfermagem de SIJ (Anexo 15) para colocar na porta da respectiva sala para os pais conseguirem facilmente visualizar a sala onde devem entrar, melhorando assim, a acessibilidade.

Também no contexto dos CSP adquiri competências no âmbito da SE. Esta é, sem dúvida, uma área muito aliciante e abrangente, com um elevado potencial ao nível da manutenção e promoção da saúde. A escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos favoráveis à saúde, encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde na comunidade educativa assim como na comunidade envolvente. Os enfermeiros responsáveis pela SE desempenham um papel fundamental na dinamização e implementação de diversas actividades. O programa da promoção da SE é desenvolvido com base nas orientações da DGS e visa: promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade escolar; apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde. Deste modo, tive oportunidade de realizar algumas Acções de Educação para a Saúde à criança em contexto escolar, juntamente com a enfermeira responsável pela SE.

Dia 30 de Abril de 2009, recebemos no CS de Vila Verde duas turmas de um jardim-de-infância. Inicialmente, fizemos uma visita guiada ao CS para as crianças conhecerem a estrutura física e os profissionais de saúde, perceberem a dinâmica dos cuidados de saúde primários, os programas de saúde existentes, entre outros. De seguida, as crianças e educadoras foram encaminhadas para a sala de reuniões onde realizamos uma AES às crianças com o suporte de uma apresentação em PowerPoint® intitulada “Saber Comer é Saber Viver” (Anexo 16), na qual abordamos temas principalmente relacionados com alimentação saudável mas também com cuidados de higiene, segurança rodoviária, sono e repouso, para dar resposta aos temas solicitados pelas educadoras. Esta apresentação continha sobretudo imagens atractivas para despertar o interesse nas crianças e motivar a sua participação, com sucesso. Considero que as crianças gostaram e manifestaram interesse uma vez que foram bastante participativas durante a AES. Esta actividade proporcionou às crianças uma percepção mais real dos CSP, desmistificando alguns pensamentos errados sobre o CS e sobre os profissionais de saúde.

Dia 6 de Maio de 2009, realizei uma AES sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, juntamente com a enfermeira responsável pela SE, com o suporte de uma apresentação em PowerPoint® também intitulada “Doenças Sexualmente Transmissíveis” (Anexo 17), dirigida a alunos de uma turma do 9º ano de escolaridade da Escola EB 2/3 de Prado, resultante de uma solicitação desta escola para participarmos na Semana da Saúde (que se encontrava a decorrer na escola) mas, particularmente, no dia dedicado ao tema sexualidade. Esta turma também foi muito participativa, demonstrando interesse em dialogar sobre os possíveis riscos para a saúde relacionados com a sexualidade.

Dia 7 de Maio de 2009, na Extensão de Saúde de Pico de Regalados tive oportunidade de realizar ensinamentos sobre Higiene Oral, juntamente com uma enfermeira dessa Extensão responsável pela SE, dirigida a alunos de duas turmas da 4ª classe da Escola EB 2/3 de Pico de Regalados, actividade previamente programada pela Extensão no âmbito da Saúde Oral e posterior entrega dos “cheques dentista”. Tive oportunidade de observar e registar o número de cáries que cada aluno apresentava e de realizar ensinamentos sobre: a alimentação saudável e os hábitos alimentares; a correcta lavagem dos dentes; as consultas de dentista/estomatologia para vigilância e prevenção de cáries, entre outros. Foi muito interessante a participação das crianças e perceber que eles sabiam muito bem alguns dos temas já abordados no ano anterior pela mesma enfermeira.

Por fim, no dia 14 de Maio de 2009, novamente na Escola EB 2/3 de Pico de Regalados, juntamente com a enfermeira responsável pela SE do CS, tinha como principal objectivo aproveitar a presença dos pais/encarregados de educação na escola, que se encontravam no local a participar numa dádiva de sangue, para realizar ensinamentos sobre o Tabaco. Esta actividade considero que não foi muito produtiva porque não dispúnhamos de um local exacto para efectuarmos os devidos ensinamentos, acabando por ter que falar com os pais/encarregados de educação, no corredor da escola, sobre a dependência e malefícios do tabaco, a consulta de Cessação Tabágica que o CS de Vila Verde dispõe, aconselhá-los a conversarem abertamente com os filhos e a não fumarem num ambiente perto deles (no caso de serem fumadores), entre outros. Os pais/encarregados de educação, por sua vez, apresentavam-se aborrecidos com o tempo de espera de entrada para as salas de atendimento médico e de recolha de sangue e com pressa para se irem embora trabalhar.

No contexto de internamento de pediatria, também tive oportunidade de realizar, juntamente com as colegas de estágio, duas Acções de Educação para a Saúde à família, cujos temas foram solicitados pela enfermeira chefe e pelas enfermeiras tutoras e percebidos por nós como temas adequados e bem direccionados para o tipo de necessidades detectadas nas famílias das crianças internadas no SP. Deste modo, efectuamos uma folha de divulgação que afixamos nas portas dos quartos, tanto do SP Crianças como do SP Adolescentes, assim como, também efectuamos a divulgação verbalmente a cada familiar. No dia 11 de Novembro de 2009, realizamos então a primeira AES intitulada “Saúde Oral”, que decorreu na sala recreativa do SP Crianças, com a duração de 45 minutos e a presença de 5 pais do SP Crianças e 2 pais e 1 avó do SP Adolescentes. Nesta AES tínhamos como suporte material necessário para exemplificar alguns procedimentos (pasta dentífrica, escova e molde de dentes, fio dentário, dedeira em silicone, entre outros) e uma apresentação em PowerPoint® (Anexo 18). A segunda AES intitulada “Prevenção de Acidentes na Infância” foi realizada no dia 17 de Novembro de 2009, a qual decorreu também na sala recreativa do SP Crianças, com a duração de 40 minutos e a presença de 8 pais do SP Crianças. Nesta AES tínhamos como suporte uma apresentação em PowerPoint® (Anexo 19). Em cada AES tive sempre a preocupação de verificar os conhecimentos e as práticas habituais dos familiares relacionados com as temáticas, esclarecendo-os sobre qualquer dúvida. Os familiares, por sua vez, transmitiram sentimentos e palavras de agrado e satisfação,

verbalizando que foram muito interessantes e produtivas pela aquisição de conhecimentos que obtiveram. Devo dizer que foi muito aliciante e produtivo para mim elaborar cada AES, juntamente com as colegas de estágio, pela partilha de opiniões, saberes, experiências e dúvidas, assim como, pela mobilização e partilha de conhecimentos teóricos e práticos com os familiares.

No contexto do SUP e do internamento de neonatologia, também foram detectadas necessidades formativas na criança/família, as quais procurei sempre colmatar de forma atempada e personalizada a cada criança/família através de adequados ensinamentos. Todavia, decidi reforçar e veicular as principais informações detectadas como necessárias à criança/família através da elaboração de um documento informativo. Deste modo, no contexto do SUP elaborei um folheto informativo sobre a Gripe A (Anexo 20), tema também aconselhado pela enfermeira tutora dado que, no período de realização do meu estágio, os motivos mais frequentes que levavam a criança/família a recorrer ao SUP eram os principais sintomas da Gripe A, assim como, as principais dúvidas e receios da família residiam na transmissão, prevenção e terapêutica utilizada no tratamento da Gripe A. Neste folheto descrevi a sintomatologia, as formas de transmissão, tipos de prevenção e de tratamentos da Gripe A. Na UN, por sua vez, constatei que as principais dúvidas dos pais relacionavam-se com as características e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Para além disso, este serviço já possui outros folhetos informativos à disposição dos pais/família mas, nenhum sobre este tema, o qual se refere ao principal motivo de internamento neste serviço. Por isso, decidi elaborar um folheto informativo sobre o Recém-nascido Prematuro (Anexo 21), tema também aconselhado pela enfermeira chefe, no qual descrevi as suas principais características, o seu desenvolvimento e a sua nutrição/alimentação. Foi muito aliciante e enriquecedor para mim elaborar cada folheto informativo na medida em que se relacionaram com temas fulcrais que foram muito retratados em ensinamentos e cuidados de enfermagem que prestei à criança/família.

Portanto, ao longo do Estágio, considero que aproveitei todos os momentos para realizar ensinamentos e Acções de Educação para a Saúde à criança/família adequados às necessidades detectadas, mobilizando os conhecimentos teóricos/práticos adquiridos e pesquisados durante o processo formativo e aplicando-os de modo pertinente às diversas situações vivenciadas, valorizando sempre a promoção da saúde e de estilos de vida

saudáveis e a prevenção da doença. Deste modo, considero que este objectivo foi concretizado com êxito.

### **2.1.1. A Relação Interpessoal**

Como a enfermagem é uma profissão em que pessoas (enfermeiros) prestam cuidados a outras pessoas, é valorizada a qualidade da **relação interpessoal** que se estabelece entre o enfermeiro e o utente, inerente ao acto de cuidar. Este cuidar visa a protecção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Assim, serão explanadas de seguida as competências relacionadas com a relação interpessoal, indissociável de qualquer cuidado de enfermagem e, conseqüentemente, também indissociável da área prestação de cuidados.

#### **Competências:**

- 16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*
- 17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

#### **Objectivo:**

**Desenvolver competências de comunicação e relacionais com a equipa multidisciplinar de saúde.**

#### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Comuniquei com os elementos da equipa multidisciplinar de saúde, estabelecendo relações interpessoais;
- ✓ Demonstrei disponibilidade e espírito de equipa;
- ✓ Aprofundei conhecimentos sobre estratégias de comunicação;
- ✓ Transmisti informações relevantes aos enfermeiros;
- ✓ Realizei registos de enfermagem, em conformidade com os procedimentos existentes no serviço.

**Reflexão:**

No decurso do Estágio, as equipas de enfermagem mostraram-se sempre acolhedoras, receptivas e disponíveis. Pude constatar que se tratavam de equipas coesas, dinâmicas, interactivas e extremamente organizadas.

As conversas informais com as equipas multidisciplinares de saúde permitiram não só a aquisição, mobilização e integração de conhecimentos teórico-práticos, o aprofundamento de conhecimentos sobre estratégias de comunicação, mas também a troca de saberes e experiências, responsáveis pelo meu crescimento e desenvolvimento enquanto profissional, mas acima de tudo enquanto pessoa. Por outro lado, as Passagens de Turno, a transmissão de informações, a participação activa na prestação de cuidados e os registos de enfermagem proporcionaram momentos de crescimento e desenvolvimento de competências em todos os domínios, estabelecendo uma boa relação interpessoal com as equipas multidisciplinares de saúde.

Durante o Estágio, demonstrei profissionalismo, disponibilidade, interesse, espírito de equipa, empenho em colaborar e me integrar na prestação de cuidados à criança/família, estabelecendo uma relação de inter-ajuda com a mesma, assim como, com cada equipa multidisciplinar de saúde. Considero que consegui desenvolver competências relacionais com as equipas multidisciplinares de saúde de uma forma muito positiva, logo, este objectivo foi alcançado.

**Objectivo:**

**Desenvolver competências de comunicação e relacionais com a criança/família.**

**Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Comuniquei com a criança/família, utilizando uma linguagem clara e simples, adequada ao nível social, cultural e económico da família e à idade da criança, estabelecendo relações interpessoais e de parceria de cuidados;
- ✓ Aprofundei conhecimentos sobre estratégias de comunicação;
- ✓ Utilizei diferentes tipos de comunicação com a criança/família;
- ✓ Demonstrei disponibilidade e interesse.

**Reflexão:**

A família impõe-se como referência fundamental quando se fala em cuidados pediátricos. Assim, torna-se imprescindível conhecer individualmente cada criança e a respectiva família para que seja possível prestar cuidados de enfermagem personalizados e direccionados para as necessidades identificadas. Nesse sentido, uma enfermeira especialista em SIP deve estar mais sensível aos cuidados centrados na família, contribuindo para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados de bem-estar da criança, não só durante o internamento mas, também após a alta clínica.

A filosofia de cuidados que verifiquei presente em todos os contextos do Estágio passa pela participação activa dos pais nos cuidados, implicando uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança, reconhecendo e valorizando a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança. O enfermeiro constitui um elo de ligação na relação criança/família, por isso, considereei crucial a criação de um ambiente de empatia e confiança para que os pais, que são os prestadores de cuidados por excelência possam realizar as suas funções com segurança, envolvendo-os em todos os cuidados prestados à criança e, conseqüentemente, no processo de desenvolvimento e de recuperação, bem como, na continuidade dos cuidados após a alta clínica.

De acordo com o Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID (2006, p. 167) *“o cuidar deve ser visto como relacional e afectivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efectiva prestação de cuidados”*. Cuidar de uma criança torna-se num desafio, pela diversidade de idades, de experiências prévias que possuem relativamente à instituição de saúde, à hospitalização e à dor, daí a importância que teve a relação que estabeleci com as crianças, quer através da linguagem verbal quer da não verbal, como o toque, o colo, o sorriso, o abraço e o brincar, entre outros. Os pais ou pessoas significativas, por vezes, manifestavam emoções e sentimentos difíceis de lidar e gerir, ansiedade, incertezas, exaustão e cansaço, entre outros, os quais procurei suprimir através do diálogo, do apoio emocional, da relação empática que estabeleci com os mesmos, tendo obtido um *feedback* positivo.

Ao longo do Estágio, considero que desenvolvi competências de comunicação e relacionais com a criança/família, na medida em que sempre demonstrei disponibilidade, interesse e sensibilidade para esclarecer dúvidas e minimizar receios, angústias e sofrimentos, adequiei a linguagem e utilizei os diferentes tipos de comunicação apropriados ao estágio de desenvolvimento da criança, ao contexto sócio-cultural, ao nível de conhecimento, ao estado emocional, ao ambiente físico, entre outros, para obter uma comunicação eficaz com a criança/família. Deste modo, posso assegurar que concretizei este objectivo de uma forma muito gratificante.

### 2.1.2. O Pensamento Crítico

Inserida na área de prestação de cuidados também considerei competências relacionadas com o **Pensamento Crítico**. O

*“pensamento crítico poder-se-á, então, definir como sendo a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objectivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem reconhecer a sua legitimidade”* (Santos, 2003, p. 18).

O pensamento crítico constitui uma ferramenta essencial para os enfermeiros na medida em que devem ser capazes de pensar e reflectir criticamente para poderem usar o conhecimento adequado e as habilidades de julgamento na prestação de cuidados.

#### **Competências:**

3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.

#### **Objectivo:**

**Desenvolver uma prática reflexiva, assente no Pensamento Crítico, para a tomada de decisão nos cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Reflecti sobre a prática/competências dos cuidados inerentes ao enfermeiro especialista em SIP;
- ✓ Reflecti sobre as experiências vivenciadas, confrontando com os conhecimentos teóricos adquiridos.

### **Reflexão:**

Em enfermagem, o pensamento crítico consiste numa ferramenta altamente favorecedora do processo de resolução de problemas, na medida em que os enfermeiros necessitam tomar decisões complexas e adaptar-se a situações novas diariamente, bem como, actualizar os seus conhecimentos e desenvolver as suas competências continuamente.

*“O enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (Conselho de Enfermagem, 2010).*

No decurso do Estágio pude constatar que o enfermeiro especialista em SIP exerce um papel fulcral e efectivo pois presta cuidados de enfermagem à criança/família com elevado nível de qualidade e autonomia, adequados às necessidades detectadas, demonstrando responsabilidade na tomada de decisão e um aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialidade. Também verifiquei a extrema importância do papel que o enfermeiro especialista em SIP exerce no contexto dos cuidados de saúde primários uma vez que assiste a criança nas diferentes faixas etárias, tornando-se num elemento de referência e de confiança para a criança/família na resolução de eventuais problemas e esclarecimento de dúvidas. Por isso, torna-se fundamental reflectir sobre a prática, sobretudo em matéria dos cuidados de enfermagem especializadas na área da SIP, para se obter uma maior compreensão da criança/família e do contexto onde se encontra inserida, identificar problemas reais ou potenciais, tomar decisões sobre um plano de acção, de modo a diminuir os riscos de se obter resultados indesejáveis e aumentar a probabilidade de se alcançar resultados benéficos.

Ao longo do Estágio considerei sempre imprescindível disponibilizar um tempo diário apenas para reflectir sobre as experiências vivenciadas, sobre a minha prestação e

utilização dos conhecimentos teóricos adquiridos no curso, de modo a otimizar a transferência desses conhecimentos e a contextualização dos saberes na prática. Esta prática reflexiva, assente no pensamento crítico, permitiu-me manter sempre actualizada, com interesse para adquirir mais conhecimentos e aplicá-los da melhor forma, de acordo com as situações e necessidades. Permitiu-me também uma melhor adaptação a novas situações, bem como, otimizar a capacidade para gerir situações complexas, decidir com autonomia e responsabilidade em matéria dos cuidados de enfermagem especializadas na área da SIP, tendo sempre presente as competências que um enfermeiro especialista em SIP deve possuir.

Por tudo isto, penso ter desenvolvido uma prática reflexiva, assente no Pensamento Crítico, para a tomada de decisão em matéria dos cuidados de enfermagem especializadas na área da SIP, que se revelou muito importante na aquisição de comportamentos de maior segurança, confiança e mais capacidade crítica, cruciais para o meu desempenho. Assim, considero que este objectivo foi concretizado com sucesso.

## 2.2. Área da Formação

A formação, tanto pessoal como profissional, deve constituir um processo contínuo e dinâmico, resultado da interacção do indivíduo com o meio, no qual ele deve funcionar como um sistema aberto capaz de receber conhecimento. *“A formação, no sentido amplo, toma em consideração todas as actividades desenhadas para garantir que os trabalhadores estão devidamente equipados com conhecimentos e competências para desempenhar as suas funções”* (Serrano e Fialho, 2003, p. 103).

### Competências:

2. *Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*
4. *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*
5. *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*

6. *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*
8. *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;*
25. *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
27. *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;*
28. *Promover a formação em serviço na área de EESIP.*

**Objectivo:**

**Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional e da formação em serviço da equipa de enfermagem.**

**Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Identifiquei as necessidades formativas das equipas em conjunto com as enfermeiras mais responsáveis por esta actividade;
- ✓ Partilhei conhecimentos da minha actividade profissional;
- ✓ Realizei Acções de Formação em Serviço ao grupo de pares em contexto de estágio;
- ✓ Elaborei documentos informativos direccionados para a equipa de enfermagem;
- ✓ Realizei pesquisas bibliográficas de forma sistemática.

**Reflexão:**

O Estágio, tanto no contexto dos CSP como dos cuidados de saúde diferenciados, permitiu-me contactar com diferentes realidades profissionais e, conseqüentemente, com diversas experiências de aprendizagem. Por isso, no que diz respeito às competências no âmbito da formação pessoal e profissional considero que foram extremamente desenvolvidas, na medida em que, permitiu o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, técnicas, educativas e relacionais na prestação de cuidados, bem como, de competências de pensamento crítico, sociais, éticas e culturais.

Neste sentido, também considero fundamental realçar a orientação e apoio proporcionados pela docente Isabel Quelhas assim como a disponibilidade e a partilha de conhecimentos das enfermeiras tutoras que contribuíram para o aprofundamento dos

meus conhecimentos e aquisição de novas experiências e aprendizagens, bem como, para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista em SIP. A partilha de experiências, dúvidas e receios com as enfermeiras tutoras e restantes elementos da equipa de enfermagem e a realização de pesquisas bibliográficas, de forma sistemática, ao longo do Estágio também se tornaram preponderantes para a minha formação pessoal e profissional.

Relativamente ao desenvolvimento de competências no âmbito da formação em serviço da equipa de enfermagem tive oportunidade de realizar uma Acção de Formação em Serviço (AFS) formal ao grupo de pares em contexto de estágio, tanto no contexto dos CSP como no internamento de pediatria.

No contexto dos CSP, após diálogo com a enfermeira responsável pela formação em serviço, verifiquei que não possuíam qualquer Plano de Formação em Serviço Anual (por isso não foi possível a sua consulta) porque nesse ano de 2009, não iria ser efectuada qualquer AFS devido às mudanças estruturais no CS que tiveram início no mês de Maio para a formação das Unidades de Saúde Familiar e de Cuidados na Comunidade e, conseqüentes, alterações na equipa de enfermagem. Deste modo, considerei pertinente a realização de uma AFS ao grupo de pares. Após diálogo com a enfermeira tutora constatei que nunca havia sido realizada no CS uma AFS sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico e, como é uma área em que me sinto completamente à vontade por possuir formação anual sobre esta temática no Hospital onde exerço a minha actividade profissional, decidi então realizar a AFS sobre essa temática. Foi então comunicado à enfermeira responsável pela formação em serviço e efectuado o pedido à enfermeira chefe para a sua realização com o preenchimento de um modelo próprio do CS onde descrevi os objectivos da formação, o sumário e a data da prelecção. Nos dias seguintes já se encontrava exposto nos módulos do CS a folha de divulgação da AFS (Anexo 22). Devo salientar a óptima divulgação desta AFS não só no CS mas também em todas as Extensões de Saúde já que a divulgação foi enviada por correio electrónico para todas as Extensões de Saúde visando a adesão de todos os enfermeiros, e isso, foi notável com a presença de um total de 24 elementos, do CS e das Extensões de Saúde. Entre estes, alguns eram estagiários do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Dia 28 de Maio de 2009, realizei então a AFS formal intitulada “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, na sala de reuniões do CS de Vila Verde, com a duração de 60 minutos. No

início da formação efectuei a devida apresentação e distribuí pelos formandos um pré-teste (Anexo 23) para resolverem apenas com Verdadeiros e Falsos com o intuito de avaliar os respectivos conhecimentos. Já neste momento constatei que apresentavam elevada falta de conhecimentos nesta área, tendo posteriormente confirmado com a correcção. De seguida, iniciei a minha palestra tendo como suporte um boneco para exemplificar alguns procedimentos e uma apresentação em PowerPoint® (Anexo 24). Durante a AFS tive sempre a preocupação de esclarecer qualquer dúvida, exemplificando o procedimento sempre que necessário. No final, voltei a distribuir outro teste (igual ao pré-teste) para o resolverem, com o objectivo final de avaliar os conhecimentos adquiridos com a AFS, um folheto informativo com o Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico (Anexo 25) que havia consultado e adquirido no site do Conselho Português de Ressuscitação. Também distribuí um Questionário de Avaliação do Formando (Anexo 26) para poder ter um *feedback* da minha prestação. Todos os formandos, de uma forma geral, no teste final responderem acertadamente a praticamente todas as questões do teste e assinalaram positivamente os itens relativos à minha prestação enquanto formadora e à apreciação global da formação que receberam. Para além disso, também me verbalizaram palavras de congratulação e apreço sobre a AFS e sobre a minha prestação.

Neste contexto dos CSP, através do diálogo com a enfermeira tutora e restantes elementos da equipa de enfermagem também constatei que existia discordância entre os enfermeiros que habitualmente realizam as consultas de enfermagem de SIJ relativamente à informação que deve ser transmitida aos pais sobre a introdução de novos alimentos. Assim, para tentar colmatar este problema elaborei um documento informativo sobre a Alimentação Infantil (Anexo 27), em formato de quadro para uma fácil visualização, de modo a uniformizar a informação que deve ser transmitida aos pais, entre os enfermeiros que realizam as consultas de enfermagem de SIJ.

No contexto de internamento de pediatria tive oportunidade de realizar, juntamente com as colegas de estágio, uma AFS formal ao grupo de pares em contexto de estágio. Como neste serviço a enfermeira responsável pela formação em serviço se encontrava a gozar uma Licença de Maternidade, decidimos realizar uma AFS com um tema útil e que fosse ao encontro das necessidades formativas da equipa de enfermagem. Por isso, questionamos vários elementos da equipa de enfermagem sobre quais os temas que

gostariam de obter mais informação e actualização dos conhecimentos, os quais demonstraram interesse numa AFS sobre cateteres venosos centrais porque é algo com que eles não lidam frequentemente, ficando assim decidida a temática. Foi então comunicado e autorizado pela enfermeira chefe a realização de uma AFS com o tema solicitado pela maioria dos elementos da equipa de enfermagem. Posteriormente, realizámos uma folha de divulgação da AFS, que afixámos nos gabinetes de enfermagem do SP Crianças e do SP Adolescentes. Dia 17 de Novembro de 2009, realizámos então a AFS formal intitulada “Cuidados de Enfermagem com a Manipulação de Cateteres Vasculares em Pediatria”, na sala de reuniões do SP, com a duração de 60 minutos, com a presença de 3 enfermeiras. Tivemos como suporte alguns materiais elucidativos de tipos de cateteres venosos centrais e necessários para exemplificar alguns procedimentos e uma apresentação em PowerPoint® (Anexo 28). Durante a AFS mantive a preocupação em esclarecer qualquer dúvida, exemplificando o procedimento sempre que necessário. Esta AFS permitiu actualizar os conhecimentos e os procedimentos relacionados com a temática entre os enfermeiros do SP, bem como, uniformizar os respectivos cuidados de enfermagem para uma maior prevenção da infecção na criança.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no âmbito da formação em serviço da equipa de enfermagem no contexto do SUP tive oportunidade de elaborar um Manual de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico (Anexo 29) direccionado para a equipa de enfermagem. Neste serviço, não existia qualquer enfermeiro responsável pela formação em serviço pelo que o tema do manual foi aconselhado pela enfermeira tutora do SUP, a qual considerou um tema útil, com recentes actualizações e de encontro às necessidades formativas da equipa de enfermagem, uma vez que ainda não tinham obtido qualquer formação nesta área desde a abertura do serviço (há um ano) e constituição da equipa de enfermagem. Ainda neste contexto, também considerei imprescindível para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem a elaboração de uma Carta de Transferência de Enfermagem uma vez que ainda não possuíam nenhuma e durante esse período de Estágio recebemos algumas crianças transferidas de outros hospitais, as quais vinham sempre acompanhadas de Cartas de Transferência de Enfermagem e, daí surgiu a inquietação sobre essa necessidade. Decidi, então, elaborar uma Carta de Transferência de Enfermagem adaptada para o SUP (Anexo 30), que não tive oportunidade de a colocar em prática devido ao curto período de permanência no

SUP durante o Estágio. Todavia, tanto a enfermeira chefe como os restantes enfermeiros do SUP consideraram-na muito funcional, por ser de rápido preenchimento e fácil visualização para quem recebe.

No contexto de internamento de neonatologia, e uma vez que também exerço a minha actividade laboral numa UN, o desenvolvimento de competências no âmbito da formação em serviço da equipa de enfermagem consistiu na partilha de conhecimentos da minha actividade profissional, através da explicação e demonstração de determinados procedimentos com material disponibilizado pelo meu serviço, e na partilha de conhecimento científico sobre determinados temas/cuidados de enfermagem como, por exemplo, sobre os cuidados de higiene e conforto ao RN, sobre os cuidados a o RN com Fototerapia em Túnel, entre outros, promovendo também o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros. Na partilha de conhecimento científico constatei que a equipa de enfermagem apresentava inquietações sobre as recentes recomendações relacionados com os cuidados de higiene ao RN quanto à sua periodicidade, aos solutos mais adequados e à forma como deve ser dado o banho a recém-nascidos prematuros e de termo. Assim, disponibilizei-me, perante a enfermeira chefe, para reformular a Instrução de Trabalho (Procedimento) “Cuidados de Higiene na Incubadora” que já possuíam no serviço (Anexo 31) pois a data estabelecida para revisão já tinha sido ultrapassada. Efectuei então uma reformulação dessa Instrução de Trabalho Cuidados de Higiene na Incubadora (Anexo 32), a qual ficou no serviço para ser validada pela enfermeira-chefe e restantes elementos da equipa de enfermagem uma vez que ainda iam estabelecer uma periodicidade na realização dos cuidados de higiene ao RN.

Todas estas actividades supracitadas, que desenvolvi nos diferentes serviços, dirigidas ao grupo de pares em contexto de estágio, tornaram-se em momentos muito gratificantes para mim na medida em que considero que promovi efectivamente o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros das respectivas equipas de enfermagem, dado o *feedback* muito positivo que obtive das mesmas. Deste modo, considero que este objectivo foi bem alcançado.

### 2.3. Área da Investigação

O conhecimento adquirido através da investigação em enfermagem é crucial para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Para Quivy e Campenhoudt (2003, p. 31) “*uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica*”.

#### **Competências:**

20. *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
21. *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*
22. *Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.*

#### **Objectivo:**

**Desenvolver pesquisa bibliográfica de forma sistemática como fundamento da prática de cuidados.**

#### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Realizei pesquisas bibliográficas de forma sistemática;
- ✓ Incorporei os resultados da investigação, descritos em documentos científicos, fidedignos e actuais, para exercer uma prática fundamentada e baseada na evidência.

#### **Reflexão:**

Ao longo do Estágio, considero ter desenvolvido intervenções de enfermagem especializadas na área da SIP apoiadas em pressupostos científicos, sempre em conformidade com as necessidades e as diferentes situações. Para isso, foi crucial o estudo e a actualização constante dos documentos/conhecimentos científicos, abordados nas unidades curriculares do curso, bem como a pesquisa de novas e úteis informações, para obter um bom desempenho.

As pesquisas efectuadas durante o Estágio tiveram sempre subjacentes bases de dados reconhecidamente fidedignas e resultados de estudos científicos actuais, assim como, as pesquisas bibliográficas tiveram sempre subjacentes livros científicos, alguns aconselhados pelas docentes do curso e outros que foram necessários para dar resposta às minhas inquietações e aprofundamento de conhecimentos sobre determinados temas.

Neste contexto, devo salientar que a utilização dos diferentes tipos de pesquisas, acima descritos, foi imprescindível para exercer uma prática fundamentada e baseada na evidência, para a elaboração das Acções de Educação para a Saúde, das Acções de Formação em Serviço e dos documentos informativos, para o aprofundamento de diversos conhecimentos na área da SIP e, indubitavelmente, para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista em SIP. Infelizmente, não tive oportunidade de colaborar em estudos de investigação na área da SIP pois não existia qualquer estudo a ser desenvolvido nos diferentes serviços/instituições de saúde. Assim, posso assegurar que concretizei este objectivo de uma forma eficaz.

**Objectivo:**

**Problematizar áreas sensíveis à prática de cuidados de enfermagem, passíveis de serem investigadas.**

**Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Identifiquei áreas sensíveis à prática de cuidados de enfermagem, passíveis de serem investigadas.

**Reflexão:**

A investigação científica é um processo rigoroso e sistemático que permite examinar fenómenos da nossa realidade tendo como principal objectivo dar resposta a questões que legitimam uma investigação. No fundo, trata-se de construir uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade de uma profissão. Desta forma, a investigação contribui para o alargamento do campo dos conhecimentos, facilitando, consequentemente, o seu desenvolvimento enquanto ciência.

No decurso do Estágio surgiram algumas inquietações, passíveis de serem investigadas. No contexto de internamento de pediatria assisti 2 crianças com deficiência, designadamente, uma criança com paralisia cerebral e outra criança com a doença degenerativa Werdnig-Hoffman e respectivas famílias. Através do convívio com as duas famílias, sobretudo as mães, constatei que estas demonstravam sentimentos de segurança e confiança quando os seus filhos se encontravam internados no hospital, tornando-se renitentes à alta clínica do filho e seu regresso ao domicílio. Uma das mães tinha já apresentado no passado, no seu domicílio, uma tentativa de suicídio e de homicídio do filho através de uma intoxicação medicamentosa, sem sucesso, por intervenção atempada do seu marido e pai da criança. Estas situações levaram-me a reflectir, e daí a inquietação, sobre o papel maternal de mães de filhos com deficiência, as suas preocupações e receios sentidos na preparação para a alta.

No contexto dos CSP e de internamento de neonatologia, através do convívio com mães primíparas, inquietou-me verificar dificuldades na transição para a parentalidade mas, especificamente na aquisição de competências para cuidar dos seus filhos, levando-me também a reflectir sobre o papel maternal de mães primíparas.

Penso que são temas pertinentes para a realização de possíveis estudos de investigação na medida em que podem trazer contributos para a evolução do conhecimento na área da parentalidade em particular e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança/família. Assim, concluo que consegui alcançar este objectivo de forma positiva.

#### **2.4. Área da Gestão**

Gerir é ser capaz de orientar um grupo de pessoas para lutarem pelo alcance de objectivos relacionados com o cumprimento da missão da instituição mas, satisfazendo também, as necessidades pessoais de cada um. Para Frederico e Leitão (1999, p.159) “*a gestão dos cuidados é, sem dúvida, uma actividade do âmbito da administração e que agrega os meios humanos, materiais e financeiros de forma a serem atingidos os objectivos previamente definidos, pela unidade de tratamento*”.

### **Competências:**

- 18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;*
- 23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;*
- 26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;*
- 29. Colaborar na integração de novos profissionais.*

### **Objectivo:**

**Desenvolver competências no âmbito da gestão dos serviços e cuidados de enfermagem.**

### **Actividades Desenvolvidas:**

- ✓ Partilhei informação nesta área em conjunto com as enfermeiras chefes e com as enfermeiras tutoras;
- ✓ Observei a metodologia e a organização dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Conheci a dinâmica e o método de gestão dos recursos materiais e humanos;
- ✓ Conheci as funções da enfermeira especialista no âmbito da gestão;
- ✓ Reflecti sobre as competências da enfermeira especialista na dinâmica organizacional do serviço;
- ✓ Colaborei nos processos de gestão na área da qualidade dos cuidados/saúde.

### **Reflexão:**

A enfermeira chefe tem, sem dúvida, um papel de liderança, de gestão dos cuidados, recursos humanos, recursos materiais, e administrativos, bem como, de dinamizar o trabalho em equipa.

Nos contextos dos CSP, SUP e de internamento de neonatologia, para concretizar este objectivo estabeleci um turno de contacto com a enfermeira chefe, para conhecer e colaborar nos processos de gestão. Assim, pude assistir às funções da enfermeira chefe relativamente à elaboração do horário mensal da equipa de enfermagem, bem como, à gestão dos recursos materiais (através dos pedidos de medicação e material, efectuados em dias específicos da semana) e humanos. Todo este processo implica conhecimento e experiência, uma vez que se torna difícil prever os gastos semanais, visto que variam em

função do número de crianças internadas, das patologias e das necessidades do serviço. As enfermeiras chefe de cada serviço demonstraram-se sempre disponíveis para esclarecer dúvidas, contribuindo para a concretização deste objectivo.

No contexto de internamento de pediatria, este objectivo foi amplamente concretizado com a enfermeira tutora na medida em que esta ficou durante uma semana responsável pela gestão do serviço, cargo este atribuído pela enfermeira chefe por se encontrar de férias. Inicialmente, pude assistir às instruções da enfermeira chefe e, posteriormente, aquando da ausência da enfermeira chefe, pude ser eu, com o auxílio e supervisão da enfermeira tutora, a realizar os pedidos de medicação e de material, através de um programa informático existente para esse efeito, o que me permitiu conhecer bem a medicação e o tipo de materiais que são mais utilizados em cada faixa etária. Também com a supervisão da enfermeira tutora tive oportunidade de realizar planos de trabalho dos enfermeiros.

Ao longo do meu percurso formativo pude constatar que os enfermeiros especialistas em SIP assumem também um papel chave na dinâmica organizacional do serviço, estes revelam capacidades de liderança, conhecimentos na área da gestão dos cuidados, asseguram o respeito das normas e a qualidade dos cuidados no âmbito dos recursos disponíveis e participam activamente nos cuidados. Pude observar que o enfermeiro especialista em SIP tem um papel activo na gestão dos cuidados, isto é, na supervisão dos cuidados especializados e na prestação dos mesmos, na promoção e manutenção da saúde, na prevenção da doença, na detecção precoce de situações de risco e seu encaminhamento, na recuperação da criança, assim como, da sua família, o mais precocemente possível. No decurso do Estágio constatei efectivamente que o enfermeiro especialista em SIP possui conhecimentos na área da gestão dos serviços pois na ausência do enfermeiro chefe é ele que assume o seu cargo e desempenha de forma eficiente a gestão dos recursos materiais e humanos, bem como, a organização de todos os cuidados de enfermagem, com uma atitude interventiva e holística visando uma assistência personalizada à criança/família. Para além disso, também constatei que o enfermeiro especialista em SIP constitui um elemento-chave em cada contexto de cuidados na medida em que é solicitado diversas vezes pelos restantes elementos da equipa de enfermagem para esclarecer dúvidas relativamente a intervenções de

enfermagem e aconselhar na tomada de decisões em benefício da criança/família, seu bem-estar e sua qualidade de vida.

Foi muito importante ter contacto com as funções da enfermeira chefe e do enfermeiro especialista em SIP no âmbito da gestão e da organização do serviço, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e experiências na área da gestão. Por isso, considero que consegui concretizar este objectivo com êxito.

### 3. CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório visou espelhar a realidade que vivenciei ao longo do Estágio, tanto em cuidados de saúde primários como em cuidados de saúde diferenciados, permitindo uma descrição e reflexão pormenorizada das actividades desenvolvidas para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

O Estágio permitiu-me o contacto com crianças de diferentes faixas etárias nos diferentes contextos, com diferentes diagnósticos de admissão ou patologias; a aquisição progressiva de autonomia, confiança e destreza na execução de intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde infantil e pediatria; o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais com crianças e pais/prestadores de cuidados, bem como, com os elementos da equipa multidisciplinar de saúde; a realização de actividades educativas e pedagógicas adequadas às necessidades formativas, entre outras.

Assim, considero ter desenvolvido intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde infantil e pediatria apoiadas em pressupostos científicos, sempre em conformidade com as necessidades e as diferentes situações. Para isso, foi crucial o estudo e a actualização constante dos conhecimentos científicos, abordados nas unidades curriculares do curso, bem como a pesquisa de novas e úteis informações, para obter um bom desempenho.

O balanço que eu faço do Estágio é bastante positivo, na medida em que todos os serviços constituíram óptimos campos de estágio, repletos de experiências e diversos momentos de aprendizagem que contribuíram, sem dúvida, para o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à criança/família nos diferentes contextos, bem como, de competências de pensamento crítico, sociais, éticas e culturais. De um modo global, considero que consegui concretizar todos os objectivos que me propus atingir ao longo do Estágio, bem como, os objectivos propostos para a elaboração deste Relatório.



#### 4. BIBLIOGRAFIA

BARRADAS, Alexandra M. C. R. – **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. [Consult. 15 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL:http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/735/1/LC410.pdf>.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001. 262 p. (Colecção Enfermagem). ISBN 989-558-052-5

BISCAIA, André [et al.] – **Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006. 191 p. ISBN 972-8721-64-1

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 2002. 385 p. ISBN 972-757-109-3

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Parecer N.º 275/2010** [Em linha]. 2010. [consult. 22 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20275\_11%2003%202010\_realização%20de%20cardiotocografia\_ceesmo%20docx\_PARECER%20SITE\_RevASLN.pdf>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2006.

FERNANDES, Ananda – **Crianças com dor: o quotidiano do trabalho de dor no hospital**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. 284 p. (Colecção Saúde e Sociedade; nº 6). ISBN 972-8535-49-X

FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria O. – **Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8930-04-6

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 1999. 193 p. ISBN 972-8485-09-3

GRUPO DE COORDENAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA SOCIAL; CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos – **Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens: para dirigentes, profissionais, crianças, jovens e familiares**. Lisboa: Instituto da Segurança Social, 2006. 181 p. ISBN 972-99152-8-8

HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. ISBN 85-352-1918-8

JORGE, Ana Maria – **Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidado em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 192 p. ISBN 972-8383-79-7

KARL, Ivana S. – **Relação dialógica de cuidado entre o ser enfermeiro e o ser criança: sob a visão da teoria de Paterson e Zderad** [em linha]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, 2002. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. [Consult. 22 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4726/000414380.pdf?sequence=1>>.

LEVY, Maria de Lourdes – A convenção dos direitos das crianças/idade pediátrica. In **Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006. ISBN 972-8003-23-4. p. 10-11.

LEVY, Maria de Lourdes [et al] – **Humanizar o atendimento à criança**. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1991. 120 p. ISBN 972-95606-0-9

MARINHEIRO, Providência, P. – **Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos ao domicílio**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. 150 p. (Coleção Enfermagem; nº 5). ISBN 972-8717-16-4

NASCIMENTO, Helena – **A dor no recém-nascido numa UCI: concepções e práticas de enfermagem** [em linha]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Consult. 15 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL:http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26618/2/Tese%20%20Helena%20Nascimento.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE: regulamento do exercício profissional do enfermeiro** [em linha] [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D. – **O mundo da criança**. 8<sup>a</sup> ed. Lisboa: MacGraw-Hill, 2001. 707 p. ISBN 972-773-069-8

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de investigação em ciências sociais**. 3<sup>a</sup> ed. Lisboa: Gradiva, 2003. 284 p. ISBN 972-662-275-1

SANTANA, João C.; KIPPER, Délio J.; FIORE, Renata W. – **Semiologia pediátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 262 p. ISBN 85-7307-949-5

SANTOS, Elvira – Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. In **Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. ISSN 0874.0283. N° 10 (2003), p. 17-23.

SANTOS, Margarida C. – **Vivência parental da doença crónica: estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes**. Lisboa: Edições Colibri, 2010. 331 p. (Colecção Caminhos do Conhecimento; n° 18). ISBN 978-972-772-963-0

SERRANO, António; FIALHO, Cândido – **Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações**. Lisboa: Lidel, 2003. 180 p. ISBN 972-722-353-2



## **ANEXOS**



## **Anexo 1**

Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil



Centro de Saúde de Vila Verde

**GUIA ORIENTADOR  
DA  
CONSULTA DE ENFERMAGEM  
DE  
SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**

Trabalho elaborado por:

Cláudia Maria Melo Martins

Vila Verde, Junho de 2009

Centro de Saúde de Vila Verde



Trabalho elaborado por:

*Cláudia Maria Melo Martins*

Vila Verde, Junho de 2009

*“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos  
é o primeiro passo para a conquista da sabedoria.”*

**Sócrates**

## SIGLAS

BCG – Vacina contra a tuberculose

CIAV – Centro de Informação Anti-venenos

DTP – Vacina trivalente contra a difteria, tétano e tosse convulsa

HIB – Vacina monovalente contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b*

IMC – Índice de massa corporal

Men C – Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis c*

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

TA – Tensão arterial

Td – Vacina contra o tétano e a difteria

VASPR – Vacina trivalente contra o sarampo, parotidite e rubéola

VHB – Vacina anti-hepatite B

VIP – Vacina monovalente contra a poliomielite

## ABREVIATURAS

bpm – batimentos por minuto

cm – centímetros

cpm – ciclos por minuto

g – gramas

Hg – mercúrio

kg – kilogramas

mg – miligramas

min – minutos

mm – milímetros

p. – página

ppm – partes por milhão

° – Graus

°C – Graus Célsius

% – por cento

## SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. EXAME FÍSICO .....	7
2. A PRIMEIRA CONSULTA (ATÉ ÀS 4 SEMANAS DE VIDA).....	12
3. A CONSULTA DE 1 MÊS .....	18
4. A CONSULTA DOS 2 MESES .....	21
5. A CONSULTA DOS 4 MESES .....	24
6. A CONSULTA DOS 6 MESES .....	28
7. A CONSULTA DOS 9 MESES .....	32
8. A CONSULTA DOS 12 MESES .....	36
9. A CONSULTA DOS 15 MESES .....	39
10. A CONSULTA DOS 18 MESES .....	44
11. A CONSULTA DOS 24 MESES .....	46
12. A CONSULTA DOS 3 ANOS .....	48
13. A CONSULTA DOS 4 ANOS .....	50
14. A CONSULTA DOS 5-6 ANOS.....	52
15. A CONSULTA DOS 8 ANOS .....	54
16. A CONSULTA DOS 11-13 ANOS.....	58
17. A CONSULTA DOS 15 ANOS .....	64
18. A CONSULTA DOS 18 ANOS .....	68
19. CONCLUSÃO.....	71
20. BIBLIOGRAFIA .....	73

## 0. INTRODUÇÃO

As crianças têm o direito de crescer e de se desenvolverem de uma forma saudável, assegurando-lhes ajuda e protecção, bem como cuidados de saúde pré e pós-natais adequados. Neste sentido, é importante atender que o conceito não depende exclusivamente da prestação de cuidados de saúde, assumindo a influência do ambiente: social, biológico, físico e ecológico, um papel preponderante, sendo indiscutível a importância das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil, concretizadas de uma forma pertinente e com qualidade (DGS, 2002).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) nas Orientações Técnicas n.º 12 (2002) recomenda o acompanhamento da criança/adolescente, desde o nascimento até aos 18 anos, mediante a realização de consultas de vigilância, efectuadas em idades-chave (que correspondem a acontecimentos determinantes na sua vida), pelo que todos os profissionais de saúde devem assumir o garante da manutenção e promoção da saúde.

O Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2002) preconiza que as consultas sejam distribuídas da seguinte forma: 1ª semana de vida, 1º mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 (exame global de saúde) anos, 4 anos, 5-6 anos (exame global de saúde), 8 anos, 11-13 anos (exame global de saúde), 15 anos e 18 anos. É de salientar que esta calendarização não é estanque, devendo ser ajustada a cada caso particular. Pelo que as idades referidas devem ser perspectivadas como linhas orientadoras e não assumidas de forma rígida.

No âmbito do estágio, módulo de Cuidados de Saúde Primários, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa (Porto), que decorre no Centro de Saúde de Vila Verde, sob a orientação da docente Isabel Quelhas e da enfermeira Isabel Costa, propus-me a elaborar o presente **Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil**.

O referido documento tem como objectivos:

- Uniformizar critérios de actuação na consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, no Centro de Saúde de Vila Verde;
- Descrever os procedimentos da consulta de acordo com as orientações técnicas da DGS (2002) e utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

O presente trabalho foi elaborado segundo uma metodologia exploratória e descritiva e encontra-se estruturado em três partes distintas, designadamente: uma introdução; um desenvolvimento onde são abordadas as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil em Idades-chave e uma conclusão. Este trabalho também contém bibliografia. Assumi como base o “Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil” da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Espero com a sua elaboração promover uma uniformização dos cuidados e procedimentos das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil entre os enfermeiros.

## 1. EXAME FÍSICO

### Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar o Peso Corporal;
- Monitorizar o Comprimento/Estatura;
- Monitorizar o Perímetro Cefálico;
- Avaliar as Fontanelas.

### Monitorizar o Peso Corporal:

- ✓ Os recém-nascidos e lactentes devem ser pesados, preferencialmente, em balanças electrónicas (maior precisão);
- ✓ As balanças mecânicas (adequadas para recém-nascidos e lactentes) devem ser calibradas 2 a 3 vezes por ano;
- ✓ Antes de qualquer utilização deve-se aferir sempre a balança e colocar uma folha de papel;
- ✓ Nunca deixar o recém-nascido (RN) / lactente sozinho na balança;
- ✓ Deve-se repetir a pesagem sempre que surgirem dúvidas;
- ✓ Até aos 2 anos de idade, o peso deve ser monitorizado até à aproximação de 10g;
- ✓ Para as crianças maiores, utilizam-se balanças comuns adequadas para adultos e o peso é monitorizado até à aproximação de 100g;
- ✓ Manter o ambiente calmo, aquecido e agradável para a criança;
- ✓ As crianças pequenas devem ser pesadas nuas e as maiores em cuecas;
- ✓ No período de Inverno e em locais com deficientes condições de temperatura ambiente, pode-se pesar a criança com uma peça interior, desde que se desconte o seu peso;
- ✓ Devem ser realizadas medidas de desinfecção da balança entre cada utilização;
- ✓ Caso o RN/lactente use alguma prótese que não possa ser retirada, deve anotar-se esta observação;
- ✓ Registrar o peso corporal e o percentil correspondente;
- ✓ Comparar com o percentil anterior, caso exista.

#### **Monitorizar o Comprimento/Estatura:**

- ✓ Até aos 2 anos de idade, a criança deve ser medida deitada em decúbito dorsal (comprimento) numa marquesa, descalça e sem meias, utilizando um pediómetro (demarcado em centímetros);
- ✓ Esta avaliação requer duas pessoas, o enfermeiro e o acompanhante da criança;
- ✓ O acompanhante mantém a cabeça da criança imóvel e alinhada com o corpo, o enfermeiro com uma das mãos, junta os joelhos da criança e faz pressão sobre eles (os membros inferiores devem ficar em extensão), e com a outra mão, o enfermeiro desloca o topo amovível do pediómetro até aos calcanhares da criança, fazendo a leitura do valor encontrado (comprimento);
- ✓ A partir dos 2 anos de idade, a criança pode ser medida de pé (estatura), utilizando uma escala de medição adequada para adultos e a tabela de crescimento adequada. A criança deve estar descalça, encostada à escala de medição, com os pés juntos e olhar em frente;
- ✓ Nas escalas colocadas na parede ou em dispositivo próprio a distância a que se coloca do chão deve ser mensurada com rigor. Nestas escalas, coloca-se sobre a cabeça da criança um bloco de cartão com ângulo de esquadria e faz-se a leitura do valor encontrado (estatura);
- ✓ Registrar o comprimento/estatura e o percentil correspondente;
- ✓ Comparar com o percentil anterior, caso exista.

#### **Monitorizar o Perímetro Cefálico:**

É um dado antropométrico muito importante pois traduz o aumento da massa encefálica.

Após um notável aumento até aos 3 anos de idade, o crescimento do perímetro cefálico passa a ser mais lento até estabilizar.

- ✓ Utilizar uma fita métrica maleável, demarcada em centímetros;
- ✓ Ajustar bem a fita métrica à cabeça e efectuar a medida pela maior circunferência de modo que passe: por cima das sobrancelhas; por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital;

- ✓ Registrar o perímetro cefálico e o percentil correspondente;
- ✓ Comparar com o percentil anterior, caso exista;
- ✓ Sinalizar anomalias como a microcefalia, macrocefalia ou hidrocefalia.

#### **Avaliar as Fontanelas:**

O encerramento normal da fontanela anterior e posterior e de todas as suturas relaciona-se com o crescimento normal da cabeça.

A fontanela anterior, tem o formato de diamante, mede cerca de 4 a 5 cm e encerra entre os 12 e os 18 meses.

A fontanela posterior tem formato triangular, mede cerca de 0,5 a 1 cm e encerra entre os 2 e os 3 meses.

- ✓ Palpar a fontanela anterior e posterior com a ponta do dedo indicador, para determinar a sua tensão de pressão ou abaulamento;
- ✓ Uma fontanela ampliada, tensa e abaulada ou uma fontanela muito deprimida devem ser registadas e transmitidas ao médico.

#### **Avaliar a Simetria das Pregas Cutâneas:**

- Colocar o RN em decúbito dorsal/ventral exercendo tracção nos membros inferiores;
- Avaliar a simetria das pregas cutâneas, para despiste da luxação congénita da anca assim como outras assimetrias.

### **Pesquisar os Reflexos Fisiológicos:**

- Pesquisar Reflexo de Moro

- ✓ Segurar o RN na posição de semi-sentado, permitindo que a cabeça e o tronco descaiam para trás (num ângulo de pelo menos 30°)
- ✓ Deve haver abdução e extensão simétrica dos braços, abertura dos dedos da mão em leque, formando um "C" com o polegar e o indicador, flexão das pernas e choro breve

- Pesquisar Reflexo Tônico – cervical

- ✓ Com a criança em posição dorsal, rodar a cabeça rapidamente para um lado
- ✓ Deve observar-se que os membros superiores e inferior desse lado ficam em extensão enquanto os contra laterais à rotação da cabeça continuam flectidos

- Pesquisar Reflexo de Babinsky

- ✓ Pressionar com um dedo a face externa da planta do pé, no sentido ascendente desde o calcanhar até ao hálux
- ✓ O RN deve fazer a dorsi – flexão do pé e do hálux e a hiper-extensão dos outros dedos.

- Pesquisar Reflexo de Preensão Palmar

- ✓ Colocar um dedo na palma da mão do RN
- ✓ Os dedos da mão do RN devem envolver o dedo do enfermeiro

- Pesquisar Reflexo de Sucção

- ✓ Tocar o lábio do RN com a chupeta ou o dedo, no sentido de estimular e despoletar um forte movimento de sucção por parte do RN

- Pesquisar Reflexo de Rotação

- ✓ Pressionar uma das faces ou dos cantos da boca do RN
- ✓ O RN deve responder ao estímulo rodando a cabeça nessa direção, abrindo a boca e começando a apresentar reflexo de sucção

- Pesquisar Reflexo de Marcha Automática

- ✓ Colocar a criança na posição vertical, permitindo o toque dos pés na marquesa
- ✓ Deve presenciarse uma marcha, alternada entre a flexão e a extensão dos pés

## **2. A PRIMEIRA CONSULTA (ATÉ ÀS 4 SEMANAS DE VIDA)**

**ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

**TERAPÊUTICA**

**SONO**

**EXAME FÍSICO**

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Considera-se recém-nascido a criança até aos 28 dias de vida.

**ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) aconselham o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, em horário livre, sem suplementos, água ou chá e a sua permanência com a introdução dos restantes alimentos até aos 2 anos de idade ou superior.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Informar sobre a necessidade de não deixar a criança mais de 4 horas (no máximo) sem se alimentar (de dia e de noite);
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registrar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

**ERUCTAÇÃO**

A eructação representa a saída do ar que se encontrava no estômago e que o bebé engoliu durante a ingestão de leite, sobretudo, através do biberão. Os bebés amamentados que fazem uma pega correcta na mama podem não ter necessidade de eructar. Por vezes, a presença de ar no estômago predispõe a cólicas.

Manobra para eructar: colocar o bebê em decúbito ventral durante 2 a 3 minutos ou colocar o bebê junto ao peito e efectuar uma ligeira pressão na sua região dorsal.

#### SOLUÇOS

Revertem colocando o bebê novamente a mamar ou oferecendo-lhe uma chupeta.

#### REGURGITAÇÃO/VÓMITOS

Verificar se o leite escorre pela boca no fim das mamadas (regurgitação) ou se é expelido “em jacto” (e a que distância). A regurgitação é normal nos primeiros 4-5 meses de vida devido a uma imaturidade fisiológica do cárdia (esfíncter esofágico inferior) que permite a passagem do leite para o esófago. Para diminuir este transtorno, após cada refeição deve-se: manter o bebê em ambiente calmo; deitá-lo com a cabeceira da cama elevada num ângulo de 30° ou colocá-lo na posição de sentado, e evitar pressionar demasiado o estômago.

#### CÓLICAS

Estudos referem que os bebês amamentados apresentam menos cólicas quando comparados com bebês alimentados artificialmente. O choro por cólicas caracteriza-se por ser um choro forte, acompanhado por fácies de dor e um certo contorcimento da criança, e geralmente tem um ritmo diário – início ou final do dia. O aparelho digestivo desenvolve uma grande actividade, com um mês de vida o recém-nascido ingere, em média, um sexto do seu peso, em alimentação, o que poderá explicar este desconforto.

#### CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

As fezes dos recém-nascidos alimentados com leite materno, são normalmente de cor amarelada e consistência semi-líquida (tipo gema de ovo), e um cheiro característico. As fezes dos bebês alimentados artificialmente podem ser mais abundantes, ter coloração mais escura e serem mais pastosas ou mesmo duras. O padrão intestinal dos bebês amamentados exclusivamente é variável. O leite materno por ser mais facilmente digerível pode não deixar qualquer resíduo para ser eliminado pelo intestino e a criança pode estar alguns dias sem dejectões.

## **TERAPÊUTICA**

### **SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS**

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

### **SONO**

Na primeira semana o RN dorme cerca de 16h e ½ por dia.

- ✓ Aconselhar a manter a rotina da casa: manter os barulhos normais – telefone, aspirador, campainha, manter a luz natural no compartimento onde a criança se encontra, para que esta se familiarize com os momentos diurnos e os possa distinguir dos nocturnos, e assim encontrar o seu biorritmo.

## **EXAME FÍSICO**

### **SINAIS VITAIS**

A frequência cardíaca é de 100 a 220 bpm acordado e de 80 a 200 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de aproximadamente 35 cpm.

### **PESO**

Geralmente o RN apresenta um peso corporal entre 2500g a 4600g.

Pode perder peso nos primeiros dias (cerca de 5% de peso corporal e pode por vezes chegar aos 10%). O peso do nascimento geralmente é recuperado até ao 10º dia de vida.

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500g/mês ou seja, 250g quinzenalmente, ou seja 125g/semana ou seja à volta de 15g/dia.

### COMPRIMENTO

O RN mede em média 50cm.

Nos primeiros 4 meses crescerá cerca de 3cm/mês.

### PERÍMETRO CEFÁLICO

Após o nascimento, o perímetro cefálico, em média, é de 35cm.

### FONTANELAS

A fontanela anterior no recém-nascido mede 4 a 5cm e a posterior 0,5 a 1cm.

- ✓ Uma fontanela anterior tensa ou deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

### HIGIENE

Utilizar sabão com pH neutro e creme hidratante.

Técnica de mudar a fralda.

Observar estado de higiene e vestuário da mãe e criança.

### CORDÃO UMBILICAL

Lavar e secar bem. Caracterizar a cor, cheiro, presença de granuloma, exsudado...aconselhar a desinfecção com álcool a 70° em SOS, deixar ao ar cerca de 10min/dia.

### REFLEXOS

Devem estar presentes os seguintes reflexos entre outros: reflexo de sucção; reflexo de deglutição; reflexo de moro; reflexo de preensão; reflexo dos pontos cardeais. Estes reflexos não devem permanecer para além dos 4 meses.

### TESTÍCULO NÃO DESCIDO

Deve ser avaliada a presença ou ausência do testículo no escroto.

### DOENÇA DISPLÁSICA DA ANCA

Manobra de Ortolani

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses;
- ✓ Cuidados a ter com a preparação de leite artificial e higiene/desinfecção dos biberões;
- ✓ Posição ao deitar (prevenção da morte súbita) – evitar decúbito ventral para dormir. Utilizar colchão firme sem almofada; manter a temperatura do quarto a cerca de 19°C e manter a criança no quarto dos pais durante os primeiros meses (evitar o isolamento).
- ✓ O choro é a única forma que a criança tem de comunicar, podendo manifestar: desconforto, dor, fome, frio, necessidade de afecto...
- ✓ Reacções pós-vacinais:
  - Vacina BCG – é frequente uma lesão papular no local da vacina que pode ulcerar, evoluindo para a cura em semanas ou meses dando origem à cicatriz vacinal. Lavar normalmente durante o banho;
  - Vacina VHB – febre, dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção (pouco frequente). Aconselha-se a administração de paracetamol aquando da administração da vacina (15 mg/kg/dose) e, se necessário, repetir 4 a 8 horas mais tarde;
- ✓ Prevenção de acidentes:
  - Transporte da criança no automóvel:
    - Alcofa rígida (Etiqueta E) – as únicas alcofas que proporcionam segurança são as de estrutura rígida e podem ser utilizadas para o transporte de bebés prematuros ou de baixo peso à nascença. Colocar a cabeça da criança sempre para o interior do automóvel.
    - Cadeira de assento invertido – indicado para recém-nascidos e crianças até aos 13kg (nunca colocada no banco de frente se este tiver airbag). Utiliza-se a posição de semi-sentado, amparando a cabeça com o redutor de apoio de cabeça ou uma fralda enrolada que se coloca entre a cabeça do bebé e o encosto lateral da cadeirinha.
  - Perigo de asfixia: não colocar na cama onde a criança dorme almofadas, brinquedos, laços ou fitas, utilizar colchão duro;

- Perigo de quedas: nunca deixar a criança sozinha, em cima de uma cama de adulto, mesa ou sofá;
- Perigo de queimaduras: manter os líquidos quentes (água, chá, café) afastados da criança. Ao dar o biberão certificar-se da temperatura do leite. Verificar a temperatura da água do banho.

### **3. A CONSULTA DE 1 MÊS**

#### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

#### **TERAPÊUTICA**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

#### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) aconselham o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, em horário livre, sem suplementos, água ou chá e a sua permanência com a introdução dos restantes alimentos até aos 2 anos de idade ou superior.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Informar sobre a necessidade de não deixar a criança mais de 4 horas (no máximo) sem se alimentar (de dia e de noite);
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registrar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

#### **CARACTERÍSTICAS DAS FEZES**

As fezes dos recém-nascidos alimentados com leite materno, são normalmente de cor amarelada e consistência semi-líquida (tipo gema de ovo), e um cheiro característico. As fezes dos bebés alimentados artificialmente podem ser mais abundantes, ter coloração mais escura e serem mais pastosas ou mesmo duras. O padrão intestinal dos bebés amamentados exclusivamente é variável. O leite materno por ser mais facilmente digerível pode não deixar qualquer resíduo para ser eliminado pelo intestino e a criança pode estar alguns dias sem dejectões.

## **TERAPÊUTICA**

### **SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS**

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## **EXAME FÍSICO**

### **SINAIS VITAIS**

A frequência cardíaca é de 100 a 220 bpm acordado e de 80 a 200 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

### **PESO**

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500g/mês ou seja, 250g quinzenalmente, ou seja 125g/semana ou seja à volta de 15g/dia.

### **COMPRIMENTO**

Até aos 4 meses a criança cresce cerca de 3 cm/mês.

### **CICATRIZ UMBILICAL**

Caracterizar a cor, cheiro, presença de granuloma, exsudado...aconselhar a desinfecção diária com álcool a 70° em SOS, deixar ao ar cerca de 10min/dia.

### **DOENÇA DISPLÁSICA DA ANCA**

Manobra de Ortolani

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses;
- ✓ Cuidados a ter com o aleitamento artificial – preparação e higiene dos biberões;
- ✓ Reacções pós-vacinais:
  - Vacina BCG – é frequente uma lesão papular no local da vacina que pode ulcerar, evoluindo para a cura em semanas ou meses dando origem à cicatriz vacinal. Lavar normalmente durante o banho;
  - Vacina VHB – febre, dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção (pouco frequente). Aconselha-se a administração de paracetamol aquando da administração da vacina (15 mg/kg/dose) e, se necessário, repetir 4 a 8 horas mais tarde;
- ✓ Prevenção de acidentes: consultar a “primeira consulta”.

## **4. A CONSULTA DOS 2 MESES**

### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

#### **TERAPÊUTICA**

#### **SONO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) aconselham o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, em horário livre, sem suplementos, água ou chá e a sua permanência com a introdução dos restantes alimentos até aos 2 anos de idade ou superior.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registrar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

#### **TERAPÊUTICA**

##### **SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS**

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## **SONO**

O padrão noturno do sono é estabelecido por volta dos 3 meses de vida na maioria dos lactentes. Por volta do 3º mês, o bebê dorme cerca de 15 horas/dia.

## **EXAME FÍSICO**

### SINAIS VITAIS

A frequência cardíaca é de 100 a 220 bpm acordado e de 80 a 200 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

### PESO

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500g/mês ou seja, 250g quinzenalmente, ou seja 125g/semana ou seja à volta de 15g/dia.

### COMPRIMENTO

Nos primeiros 4 meses a criança cresce cerca de 3 cm/mês.

### FONTANELAS

A fontanela posterior fecha por volta dos 3 meses.

- ✓ Uma fontanela anterior tensa ou deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

### DOENÇA DISPLÁSICA DA ANCA

Manobra de Ortolani

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Valorizar as preocupações dos pais e esclarecer dúvidas;
- ✓ Promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses;
- ✓ Cuidados a ter com o aleitamento artificial (preparação e higiene dos biberões);
- ✓ Higiene oral: a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Promover passeios ao ar livre;
- ✓ Reacções pós-vacinais: vacinas VHB, DTP, HIB, VIP e Men C
- ✓ Marcar próxima consulta e vacinação.

## **5. A CONSULTA DOS 4 MESES**

### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

#### **TERAPÊUTICA**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, em horário livre, sem suplementos, água ou chá e a sua permanência com a introdução dos restantes alimentos até aos 2 anos de idade ou superior.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

### **CARACTERÍSTICAS DAS FEZES**

Com a introdução de novos alimentos, as fezes podem adquirir uma frequência, coloração e consistência diferentes da habitual.

### **TERAPÊUTICA**

#### **SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS**

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## **EXAME FÍSICO**

### **SINAIS VITAIS**

A frequência cardíaca é de 80 a 150 bpm acordado e de 70 a 120 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura de 37,5°C.

### **PESO**

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500g/mês ou seja, 250g quinzenalmente, ou seja 125g/semana ou seja à volta de 15g/dia.

### **COMPRIMENTO**

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá cerca de 1 cm por mês.

### **PERÍMETRO CEFÁLICO**

Aos 4 meses é de cerca de 40 cm.

### **FONTANELAS**

Uma fontanela tensa e abaulada ou muito deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

## **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

- ✓ Informar a mãe sobre os direitos em relação à interrupção diária do trabalho para amamentação e ajudar a manter a amamentação em mães a trabalhar;
- ✓ Higiene oral: a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze,

uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;

- ✓ As crianças que são amamentadas exclusivamente estão mais protegidas contra infecções;
- ✓ Informar a mãe que a partir desta altura haverá uma maior incidência de infecções por imaturidade imunológica nas crianças que fizeram aleitamento artificial;
- ✓ Prevenção de acidentes:
  - Risco de aspiração:
    - Pegar na criança ao colo enquanto está a ser alimentada e nunca a deixar sozinha com o biberão;
  - Risco de asfixia:
    - A chupeta deve ser de uma só peça e com uma argola fácil de segurar;
    - Não prender a chupeta com um fio à volta do pescoço;
    - Retirar a babete na hora de dormir;
    - Manter sacos de plástico fora do alcance dos bebés;
    - Não forrar o colchão com sacos plásticos mas sim com resguardos próprios;
    - Usar colchão duro, não usar almofada e não entalar a roupa debaixo do colchão;
    - Colocar o berço afastado dos aquecedores;
    - Evitar dormir na cama com o bebé;
    - Tirar o biberão à hora de dormir;
    - Nunca deixar o bebé sozinho no banho;
    - Não deixar um bebé com menos de 12 meses sozinho numa cama de adulto;
  - Risco de quedas:
    - Subir sempre as grades da cama;
    - Nunca deixar a criança sozinha numa superfície alta sem protecção, em caso de necessidade deixá-la no chão.
  - Risco de queimaduras:
    - Instalar dete ctores de fumo na casa, se possível;

- Ter cuidado ao aquecer o biberão no microondas – o biberão pode estar frio e o leite a ferver;
- Verificar a temperatura da água do banho;
- Não manipular líquidos/alimentos quentes próximo da criança;
- Ter cuidado com os cigarros;
- Não fazer exposição solar da criança, protegê-la com roupa;
- Não deixar a criança fechada num carro, mesmo à sombra;
- Verificar o calor do assento do carro antes de sentar a criança;
- Risco de acidente rodoviário:
  - Transportar a criança em cadeira homologada, virada para trás no banco da frente se este não tiver airbag;
  - Nunca deixar a criança numa cadeira porta bebé atrás de um carro estacionado;
  - Não colocar o lactente sobre o banco do carro ou no colo;
- Risco de acidente corporal:
  - Evitar objectos pontiagudos e cortantes;
  - Manter alfinetes de ama fechados e longe do lactente.
- ✓ Reacções pós vacinais: DTP, HIB E VIP – febre, dor, rubor, tumefacção local. Frequentemente na DTP forma-se um nódulo duro e doloroso no local da vacina persistindo por algumas semanas. Aconselha-se a administração de paracetamol aquando da administração da vacina (15mg/kg/dose), se necessário repetir 4 a 8 horas mais tarde.

## 6. A CONSULTA DOS 6 MESES

ALIMENTAÇÃO

TERAPÊUTICA

SONO

EXAME FÍSICO

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### ALIMENTAÇÃO/ELIMINAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, em horário livre, sem suplementos, água ou chá e a sua permanência com a introdução dos restantes alimentos até aos 2 anos de idade ou superior.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registrar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

#### Introdução de novos alimentos:

- ✓ Nesta idade, tanto nas crianças alimentadas com leite artificial como nas amamentadas exclusivamente, pode-se substituir uma refeição de leite e introduzir novos alimentos.

## TERAPÊUTICA

### SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## SONO

A criança dorme cerca de 14 horas e ½ por dia.

## EXAME FÍSICO

### SINAIS VITAIS

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura cerca de 37,5°C.

## PESO

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500g/mês ou seja, 250g quinzenalmente, ou seja 125g/semana ou seja à volta de 15g/dia. Dos 8 aos 12 meses o aumento é de cerca de 250g/mês, ou seja, perto de 10g/dia.

## COMPRIMENTO

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá 1 cm por mês.

## FONTANELAS

Uma fontanela tensa e abaulada ou muito deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

## DENTIÇÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. I (dentes incisivos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. C (dentes caninos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

Aparecimento dos primeiros dentes.

## SIMETRIA DAS PREGAS CUTÂNEAS

Sinais Clássicos de Doença Displásica da Anca:

- Limitação da abdução da anca (persistente e menor a 75°);
- Plegas cutâneas assimétricas;
- Encurtamento de um dos membros inferiores.

Nota: se luxação bilateral, apenas o 1º dado é positivo pois torna-se impossível comparar com o “lado normal”.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Esclarecer dúvidas, receios e problemas dos pais;
- ✓ Higiene oral: a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces: informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
- ✓ Informar sobre as reacções habituais do aparecimento dos primeiros dentes.
- ✓ Prevenção de acidentes:
  - Risco de aspiração:
    - Manter objectos pequenos (diâmetro inferior a uma moeda de 2 euros) fora do alcance da criança;
    - Não alimentar o lactente com doces duros, nozes, alimentos com caroços ou sementes;

- Evitar brinquedos tal como balões e os que têm pequenas peças removíveis;
- Manter pilhas fora do alcance das crianças.
- Risco de quedas:
  - Não deixar a criança sozinha numa cama ou num sofá;
  - Manter as grades do berço totalmente elevadas;
  - Não utilizar o voador;
- Risco de intoxicação:
  - Certificar-se que a tinta dos móveis ou dos brinquedos não contém chumbo;
  - Colocar as plantas em superfície alta em vez de as colocar no chão;
  - Colocar as substâncias tóxicas numa prateleira alta ou armário fechado;
  - Rejeitar recipientes usados de substâncias venenosas ou tóxicas;
  - Não guardar substâncias tóxicas em recipientes de alimentos ou bebidas;
  - Ter à mão o número de telefone do CIAV: 217950143/4/6.
- Risco de queimaduras:
  - Manter os locais onde existem torneiras, fora do alcance das crianças;
  - Colocar objectos quentes (cigarros, velas, incenso) em locais altos;
- Risco de lesão corporal
  - Oferecer objectos com superfícies lisas e arredondadas e evitar objectos pontiagudos e compridos;
- ✓ Reacções pós vacinais: VHB, DTP, HIB E VIP – febre, dor, rubor, tumefacção local. Frequentemente na DTP forma-se um nódulo duro e doloroso no local da vacina persistindo por algumas semanas. Aconselha-se a administração de paracetamol aquando da administração da vacina (15mg/kg/dose), se necessário repetir 4 a 8 horas mais tarde.

## **7. A CONSULTA DOS 9 MESES**

### **ALIMENTAÇÃO**

### **TERAPÊUTICA**

### **EXAME FÍSICO**

### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos ou mais, em regime livre, ou seja, sem horário rígido mas, sem intervalos nocturnos.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Aconselhar a manter as mamadas nocturnas de modo a manter os níveis de prolactina elevados e, conseqüentemente, a manter a amamentação;
- ✓ Crianças alimentadas com leite artificial, é importante averiguar os conhecimentos e aprendizagens da mãe quanto à esterilização dos biberões e preparação do leite artificial;
- ✓ Registrar o tipo de alimentação praticada (aleitamento materno exclusivo, alimentação mista ou alimentação artificial).

#### **Introdução de novos alimentos:**

- ✓ Nesta idade, tanto nas crianças alimentadas com leite artificial como nas amamentadas exclusivamente, pode-se substituir uma refeição de leite e introduzir novos alimentos.

### **TERAPÊUTICA**

#### **SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS**

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Registrar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## **EXAME FÍSICO**

### **SINAIS VITAIS**

A frequência cardíaca é de 80 a 150 bpm acordado e de 70 a 120 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura cerca de 37,5°C.

### **PESO**

Dos 8 aos 12 meses o aumento é de cerca de 250g/mês, ou seja, perto de 10g/dia.

### **COMPRIMENTO**

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá 1 cm por mês.

### **FONTANELAS**

Uma fontanela tensa e abaulada ou muito deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

### **DENTICÃO**

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** nº./nº. I (dentes incisivos) + nº./nº. C (dentes caninos) + nº./nº. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

### **TESTÍCULO NÃO DESCIDO**

- ✓ Identificar qual – direito, esquerdo ou ambos e registar em observações.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Sensibilizar a mãe para a reacção do bebé relativamente à presença de estranhos;
- ✓ Higiene oral: a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces: informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
- ✓ Prevenção de acidentes:
  - Risco de asfixia:
    - Manter as portas dos electrodomésticos sempre fechadas;
    - Nunca deixar a criança sozinha próxima de uma fonte de água (piscina, poço, balde, bacia, tanque, chafariz, entre outros);
    - Manter as portas da casa de banho fechadas;
  - Risco de quedas:
    - Proteger as escadas em ambos os extremos;
    - Utilizar roupas e sapatos apropriados;
  - Risco de intoxicação:
    - Administrar medicamentos como tal e não como guloseimas;
    - Não administrar medicação sem prescrição médica;
    - Fechar o medicamento imediatamente após a sua utilização e guardá-lo em local seguro (armário alto e fechado);
    - Ter à mão o número de telefone do CIAV: 217950143/4/6.
  - Risco de queimaduras:
    - Colocar grades protectoras à frente de qualquer fonte de calor (forno, aquecedor, lareira, entre outros);
    - Manter os fios eléctricos escondidos ou fora do alcance da criança;
    - Colocar tampas de plástico nas tomadas eléctricas;
    - Evitar toalhas de mesa compridas;
    - Não permitir que a criança brinque com aparelhos eléctricos;

- Evitar a exposição solar;
- Risco de acidente rodoviário:
  - Utilizar sempre cadeira apropriada;
  - Nunca deixar a criança gatinhar atrás de um carro estacionado;
  - Nunca deixar a criança sozinha.
- Risco de lesão corporal:
  - Não deixar que a criança se alimente sozinha com garfo;
  - Usar chávenas e pratos de plástico;
  - Examinar a segurança dos brinquedos e caixas de guardar brinquedos;
  - Proteger o lactente de crianças pequenas e animais.

## 8. A CONSULTA DOS 12 MESES

### ALIMENTAÇÃO

### TERAPÊUTICA

### SONO

### EXAME FÍSICO

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno.

**Leite de vaca:** a partir desta idade as crianças com aleitamento artificial podem ingerir leite de vaca (leite gordo), sem açúcar, cerca de 500ml por dia.

#### **Regime alimentar familiar:**

**Anorexia fisiológica:** ocorre uma diminuição do apetite devido à desaceleração do crescimento e diminuição das necessidades quantitativas de alimentos.

### TERAPÊUTICA

#### SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

A administração de vitaminas e minerais a todos os recém-nascidos, sobretudo aos prematuros e de baixo peso, durante os primeiros 12 meses de vida, é essencial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento.

- ✓ É necessário verificar a dosagem de suplementos vitamínicos e certificar-se de que não há enganos;
- ✓ Aconselhar a mãe para acabar com o frasco de vitaminas e não administrar mais, salvo exceções com prescrição médica;
- ✓ Registar se a criança estiver a fazer outra terapêutica.

## SONO

A criança dorme cerca de 13 horas por dia.

## EXAME FÍSICO

### SINAIS VITAIS

A frequência cardíaca é de 80 a 150 bpm acordado e de 70 a 120 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura cerca de 37,5°C.

### PESO

O peso apresentado no nascimento triplica aos 12 meses.

### COMPRIMENTO

O comprimento apresentado no nascimento aumenta aproximadamente em 50% aos 12 meses.

### PERÍMETRO CEFÁLICO

Ao ano de idade é de cerca de 45 cm.

### FONTANELAS

A fontanela anterior mede cerca de 1 cm ao ano de idade.

- ✓ Uma fontanela tensa e abaulada ou muito deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

### DENTIÇÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n°./n°. I (dentes incisivos) + n°./n°. C (dentes caninos) + n°./n°. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Informar a mãe sobre a importância de manter a amamentação;
- ✓ Informar a mãe sobre a importância de proporcionar aprendizagem de regras sociais (impor limites);
- ✓ Não oferecer bebidas alcoólicas;
- ✓ Os alimentos considerados potencialmente alergogénicos e que se aconselha a ingestão após os 12 meses de vida são: o morango, o kiwi, o tomate e a laranja.
- ✓ São desaconselhados:
  - Sumos artificiais e gaseificados;
  - Doces (mel, chocolates, rebuçados e outras guloseimas);
  - Salgados, fritos, fumados e enchidos;
  - Alimentos demasiado condimentados;
  - Fruta com caroços;
  - Frutos secos.
- ✓ Higiene oral: a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces: informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância. Desaconselhar o uso de chupeta com açúcar ou mel, evitar o uso prolongado do biberão e adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos.

## 9. A CONSULTA DOS 15 MESES

### ALIMENTAÇÃO

### EXAME FÍSICO

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno.

**Leite de vaca:** aconselhar a ingestão de cerca de 500ml por dia, sem açúcar.

**Anorexia fisiológica:** ocorre uma diminuição do apetite devido à desaceleração do crescimento e diminuição das necessidades quantitativas de alimentos.

### EXAME FÍSICO

#### SINAIS VITAIS

A frequência cardíaca é de 80 a 150 bpm acordado e de 70 a 120 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura cerca de 37,5°C.

#### PESO

#### COMPRIMENTO

Dos 12 aos 24 meses a criança cresce aproximadamente 12 cm.

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

#### DENTIÇÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. I (dentes incisivos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. C (dentes caninos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

### SIMETRIA DAS PREGAS CUTÂNEAS

Sinais Clássicos de Doença Displásica da Anca:

- Limitação da abdução da anca (persistente e menor a 75°);
- Pregas cutâneas assimétricas;
- Encurtamento de um dos membros inferiores.

Nota: se luxação bilateral, apenas o 1<sup>o</sup> dado é positivo pois toma-se impossível comparar com o “lado normal”.

Doença Displásica da Anca – marcha:

- Na doença displásica da anca unilateral, a criança tem tendência para cair para o lado afectado;
- Na doença displásica da anca bilateral, a criança apresenta “marcha de pato” com lordose lombar acentuada.

### TESTÍCULO NÃO DESCIDO

- ✓ Identificar qual – direito, esquerdo ou ambos e registar em observações.

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Higiene oral: Utilizar uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5<sup>o</sup> dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces: informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância.

Desaconselhar o uso de chupeta com açúcar ou mel, evitar o uso prolongado do biberão e adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos;

✓ Prevenção de acidentes até à idade pré-escolar (1 a 4 anos):

- Risco de aspiração e asfixia:
  - Evitar pedaços grandes de carne e peixe com espinhas;
  - Evitar frutos com sementes, grãos secos de feijão, nozes e amendoim;
  - Evitar doces duros e pastilhas elásticas,
  - Manter o comando da porta automática da garagem em lugar inacessível;
  - Escolher caixas de brinquedos ou baús seguros e sem tampas pesadas ou com dobradiças;
- Risco de quedas:
  - Colocar grades em ambos os extremos das escadas;
  - Manter as portas fechadas sempre que houver perigo de queda;
  - Manter as grades do berço levantadas e o colchão no nível mais baixo possível;
  - Nunca deixar a criança num carrinho de compras sem a devida supervisão;
  - Examinar o calçado e as calças da criança;
- Risco de intoxicação:
  - Guardar todas as substâncias potencialmente tóxicas (medicamentos, produtos de limpeza, venenos) em armários fechados;
  - Administrar medicamentos como tal e não como guloseimas;
  - Nunca utilizar embalagens de alimentos ou bebidas para guardar produtos tóxicos, deitar fora embalagens vazias de substâncias tóxicas;
  - Ter à mão o número de telefone do CIAV: 217950143/4/6.
- Risco de queimaduras:
  - Virar os cabos das panelas em direcção à traseira do fogão, colocar grades à frente das fontes de calor;
  - Guardar fósforos e isqueiros em lugar inacessível;

- Colocar velas acesas, incenso, pratos quentes e cigarros fora do alcance das crianças;
- Evitar bordas de toalhas de mesa demasiado compridas;
- Manter os fios eléctricos escondidos ou fora do alcance das crianças e proteger todas as tomadas eléctricas;
- Não permitir que a criança brinque com aparelhos eléctricos (electrodomésticos);
- Ensinar o significado da palavra quente e verificar sempre a temperatura da água do banho;
- Risco de acidente rodoviário:
  - Utilizar sempre cadeira apropriada;
  - Supervisionar as crianças enquanto brincam na rua ou andam de bicicleta;
  - Não permitir que as crianças brinquem atrás de carros estacionados;
  - Ensinar a criança a atravessar a rua;
- Risco de afogamento:
  - Supervisionar a criança quando próxima de uma fonte de água (bacia, tanque, poço, piscina, mar);
  - Ensinar a criança a nadar;
- Risco de lesão corporal:
  - Não dar à criança objectos pontiagudos ou cortantes, especialmente se esta se encontrar a andar ou a correr;
  - Não deixar a criança correr com objectos na boca;
  - Ensinar a criança a ter certos cuidados de segurança, como segurar facas ou tesouras com as extremidades afastadas da face (preferir tesouras com bicos rombos);
  - Guardar todas as ferramentas perigosas em armário fechado à chave;
  - Alertar os pais para os perigos representados por animais não vigiados, inclusive animais de estimação;
- ✓ Incentivar a mãe para que a criança use os talheres;
- ✓ Proporcionar o relacionamento com a família e outras crianças;

- ✓ Informar a mãe sobre o desenvolvimento psíquico (birras, negativismo, afirmação, inquietude);
- ✓ Reacções pós-vacinais: as reacções da VASPR, não são imediatas, por volta do 5º-12º dia pode surgir febre superior a 30,4°C que dura 1 a 2 dias e exantema cutâneo.

## **10. A CONSULTA DOS 18 MESES**

### **ALIMENTAÇÃO**

#### **SONO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno.

**Leite de vaca:** aconselhar a ingestão de cerca de 500ml por dia, sem açúcar.

#### **SONO**

A criança dorme cerca de 13 horas por dia.

#### **EXAME FÍSICO**

##### **SINAIS VITAIS**

A frequência cardíaca é de 80 a 150 bpm acordado e de 70 a 120 bpm em repouso.

A frequência respiratória é de cerca de 30 cpm.

Temperatura cerca de 37,5°C.

##### **PESO**

##### **COMPRIMENTO**

Dos 12 aos 24 meses a criança cresce aproximadamente 12 cm.

##### **PERÍMETRO CEFÁLICO**

##### **FONTANELAS**

A fontanela anterior habitualmente encerra por volta dos 18 meses de vida.

- ✓ Uma fontanela tensa e abaulada ou muito deprimida deve ser registada e transmitida ao médico.

### DENTICÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n<sup>o</sup>/n<sup>o</sup>. I (dentes incisivos) + n<sup>o</sup>/n<sup>o</sup>. C (dentes caninos) + n<sup>o</sup>/n<sup>o</sup>. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

### SIMETRIA DAS PREGAS CUTÂNEAS

- ✓ Registrar se a criança apresenta problemas ortopédicos, alterações posturais ou de motricidade.

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Informar a mãe sobre possíveis alterações de temperamento nesta idade (birras, negativismo, afirmação, independência, ansiedade da separação, terrores nocturnos);
- ✓ Aprendizagem de regras e rotinas da vida diária;
- ✓ Higiene oral: Utilizar uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces:
  - Informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
  - Desaconselhar o uso de chupeta com açúcar ou mel, evitar o uso prolongado do biberão e adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos;
- ✓ Estimular a criança a brincar, desenhar e a folhear livros. Aconselhar a mãe a contar-lhe uma história e a dosear os hábitos de ver televisão;
- ✓ Prevenção de acidentes: ver a consulta dos 15 meses.

## **11. A CONSULTA DOS 24 MESES**

### **ALIMENTAÇÃO**

#### **SONO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno.

**Leite de vaca:** aconselhar a ingestão de cerca de 500ml por dia, sem açúcar.

#### **SONO**

A criança dorme cerca de 13 horas por dia.

#### **EXAME FÍSICO**

##### **SINAIS VITAIS**

Temperatura cerca de 37,5°C.

##### **PESO**

O peso apresentado no nascimento quadruplica aos 2 anos e meio, apresentando um aumento anual de 2-3kg até ao final da idade escolar.

##### **ESTATURA**

Aos 2 anos, a estatura é de aproximadamente 50% da estatura adulta final. Aumenta durante o segundo ano cerca de 12 cm.

##### **PERÍMETRO CEFÁLICO**

### DENTIÇÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. I (dentes incisivos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. C (dentes caninos) + n<sup>o</sup>./n<sup>o</sup>. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

A dentição decídua fica completa por volta dos 26 meses: 4/4 I + 2/2 C + 4/4 M.

### SIMETRIA DAS PREGAS CUTÂNEAS

- ✓ Registrar se a criança apresenta problemas ortopédicos, alterações posturais ou de motricidade.

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Incentivar a amamentação;
- ✓ Higiene oral: Utilizar uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5<sup>o</sup> dedo – dedo mindinho – da própria criança). Deve ser realizada pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente depois da última refeição;
- ✓ Prevenção de cáries precoces:
  - Informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
  - Desaconselhar o uso de chupeta com açúcar ou mel, evitar o uso prolongado do biberão e adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. O desmame da chupeta e do biberão é importante na prevenção da cárie e dos desalinhamentos dentários;
- ✓ Contrariar a posição da criança em se sentar com as pernas para os lados, preferir as pernas cruzadas para a frente;
- ✓ Estimular a linguagem da criança (falando com ela), pronunciando correctamente as palavras, ler-lhe livros ou contar-lhe histórias;
- ✓ Prevenção de acidentes: ver a consulta dos 15 meses.

## **12. A CONSULTA DOS 3 ANOS**

### **ALIMENTAÇÃO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais.

- ✓ Incentivar o aleitamento materno.

**Leite de vaca:** aconselhar a ingestão de cerca de 500ml por dia, sem açúcar.

### **EXAME FÍSICO**

#### **SINAIS VITAIS**

Temperatura cerca de 37,2°C.

TA: As crianças situadas no percentil 50 apresentam uma TA de aproximadamente 91/56 mmHg.

#### **PESO**

Aumenta por ano cerca de 2-3 kg até ao final da idade escolar.

#### **ESTATURA**

Aumenta durante o terceiro ano cerca de 6-8 cm.

#### **DENTIÇÃO**

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n°./n°. I (dentes incisivos) + n°./n°. C (dentes caninos) + n°./n°. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Higiene oral: Deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos 2 vezes por dia, utilizando uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente antes de deitar. Utilizar uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança);
- ✓ Prevenção de cáries precoces: Informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
- ✓ Temperamento (negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, angústia de separação);
- ✓ Relacionamento com outras crianças, descoberta do sexo, disciplina, altura para iniciar o jardim de infância, brincar, desenhar, estimular a criatividade, hábitos de ver televisão;
- ✓ Prevenção de acidentes: ver a consulta dos 15 meses.

### **13. A CONSULTA DOS 4 ANOS**

#### **ALIMENTAÇÃO**

#### **SONO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

#### **ALIMENTAÇÃO**

Dieta alimentar diversificada.

#### **SONO**

A criança dorme cerca de 11 horas e ½ por noite.

#### **EXAME FÍSICO**

#### **SINAIS VITAIS**

Temperatura cerca de 37,2°C.

#### **PESO**

Aumenta por ano cerca de 2-3 kg até ao final da idade escolar.

#### **ESTATURA**

O comprimento apresentado no nascimento duplica aos 4 anos. Apresenta um aumento anual de cerca de 5-7,5 cm.

#### **DENTIÇÃO**

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n°./n°. I (dentes incisivos) + n°./n°. C (dentes caninos) + n°./n°. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Higiene oral: Deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos 2 vezes por dia, utilizando uma escova macia, sendo uma das vezes obrigatoriamente antes de deitar. Utilizar uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm (o equivalente ao tamanho do 5º dedo – dedo mindinho – da própria criança);
- ✓ Prevenção de cáries precoces: Informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
- ✓ Temperamento, relacionamento com outras crianças, disciplina;
- ✓ Brincar, desenhar, estimular a criatividade;
- ✓ Regular hábitos de ver televisão (não mais de 1 hora por dia);
- ✓ Prevenção de acidentes: ver a consulta dos 15 meses.

## 14. A CONSULTA DOS 5-6 ANOS

### EXAME FÍSICO

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### EXAME FÍSICO

#### SINAIS VITAIS

Temperatura cerca de 37,2°C.

TA: As crianças com 5 anos, situadas no percentil 50, apresentam uma TA de aproximadamente 94/56 mmHg. As crianças com 6 anos, situadas no percentil 50, apresentam uma TA de aproximadamente 96/57 mmHg.

#### PESO

Aumenta por ano cerca de 2-3 kg até ao final da idade escolar.

#### ESTATURA

Apresenta um aumento anual de cerca de 5-7,5 cm.

#### DENTIÇÃO

\_\_\_ I + \_\_\_ C + \_\_\_ M

**Fórmula:** n°./n°. I (dentes incisivos) + n°./n°. C (dentes caninos) + n°./n°. M (dentes molares). O numerador corresponde ao número de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior.

#### SIMETRIA DAS PREGAS CUTÂNEAS

- ✓ Registrar se a criança apresenta problemas ortopédicos, alterações posturais ou de motricidade.

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Alimentação adequada (pequeno-almoço reforçado, aconselhar a ingestão de legumes e frutos e desaconselhar a ingestão de álcool e açúcares de absorção rápida);
- ✓ Hábitos de sono (aos 5 anos dorme cerca de 11 horas por noite e aos 6 anos cerca de 10 horas);
- ✓ Conduta dos pais face à enurese nocturna;
- ✓ Preparação da entrada para a escola – preenchimento da ficha de ligação;
- ✓ Higiene oral: A partir dos 6 anos a escovagem dos dentes já deverá ser efectuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado de 1000 a 1500 ppm numa quantidade aproximada de 1 cm, com uma escova macia ou média. A escovagem dentária deverá ser efectuada 2 vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar. Se a criança não tiver destreza manual, recomenda-se que esta actividade seja apoiada ou mesmo realizada pelos pais. Início da substituição da dentição decídua pela dentição definitiva;
- ✓ Prevenção de cáries precoces: Informar sobre a alimentação, factores de cariogenicidade e importância de prevenir cáries precoces na infância;
- ✓ Exercício físico, actividades de lazer, ar livre e estímulo intelectual;
- ✓ Prevenção de acidentes e promoção da segurança (rua, casa, caminho para a escola, quedas, queimaduras e afogamentos).

## **15. A CONSULTA DOS 8 ANOS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

#### **CRESCIMENTO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL**

#### **DESENVOLVIMENTO MENTAL**

#### **DESENVOLVIMENTO PESSOAL SOCIAL**

#### **DIRECTRIZES PARA OS PAIS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

**Desenvolvimento infantil:** peso; estatura; TA; IMC

**Hábitos de higiene:** dentes (I+C+M / CPO – dentes Cariados, Partidos e/ou Obturados); flúor; higiene oral (utilização do fio dentário); higiene corporal; importância da independência nestas tarefas.

**Visão:** acuidade visual.

**Audição:** acuidade auditiva.

**Posição corporal:** postura.

**Hábitos de exercício:** prática desportiva.

**Actividade de lazer:** actividades desportivas e culturais, tempo livre; desenvolvimentos (estimular a criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador).

**Hábitos alimentares:** alimentação diversificada.

**Papel parental:** acidentes e segurança; escola.

### **CRESCIMENTO**

- ✓ Continua a crescer cerca de 5 cm por ano.
- ✓ Peso: 19,6-39,6 kg
- ✓ Estatura: 117-141,8 cm
- ✓ Dentição: erupção dos incisivos laterais superiores e dos caninos inferiores.
- ✓ Movimentos graciosos, elegantes.
- ✓ Sempre activo, salta, corre.

- ✓ Maior suavidade e velocidade no controlo da motricidade fina (melhora a escrita).
- ✓ Veste-se completamente sozinho.
- ✓ Exagera muito e é difícil de acalmar após o recreio.
- ✓ Maior agilidade, os ossos crescem mais rápido que os ligamentos.

## **EXAME FÍSICO**

**Posição:** prefere estar sentado, coopera na maioria das posições. Os mais pequenos preferem a companhia dos pais, os mais crescidos preferem a intimidade.

**Sequência:** da cabeça aos pés. Podem examinar-se os genitais no final. Respeitar a necessidade de intimidade.

**Preparação:** retirar a peça de roupa que cobre a área que se pretende observar. Ensinar-lhe como se cuida do corpo.

## **DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL**

### **Freud**

Período de Latência (dos 2 aos 12 anos):

Durante esta fase, as crianças trabalham sobre actividades e habilidades adquiridas previamente. A energia física e psíquica canaliza-se para a aquisição de conhecimentos e jogos energéticos.

## **DESENVOLVIMENTO MENTAL**

### **Piaget**

Estádio das Operações Concretas (dos 7 aos 11 anos):

Nesta idade, o pensamento é cada vez mais lógico e coerente. As crianças podem classificar, seleccionar, ordenar e organizar de forma diferente os factos, para usá-los na resolução de problemas. Desenvolvem um novo conceito de permanência – conservação – ou seja, dão-se conta de alguns factores físicos, como o volume, o peso e a quantidade se mantêm iguais ainda que se mude o seu aspecto externo. São capazes de controlar simultaneamente vários aspectos diferentes de uma situação, mas não de forma abstracta, resolvem os problemas de modo concreto, sistemático, sobre a base do que

podem perceber. O raciocínio é indutivo. Através de mudanças progressivas no processo de pensamento e graças às relações com os outros, o pensamento torna-se menos egocêntrico e pode considerar pontos de vista diferentes do próprio, isto é, o pensamento sociabilizou-se.

Comenta as semelhanças e as diferenças entre duas coisas, de memória.

Conta para trás desde 20 até 1, entende o conceito de reversibilidade.

Repete os dias da semana e dos meses por ordem, sabe a data.

Descreve os objectos comuns em detalhe, não só pelo seu uso.

Dá o troco de uma moeda de 50 cêntimos.

Lê mais, pode planificar levantar-se mais cedo da cama só para ler.

Lê livros clássicos, mas também gosta dos cómicos.

É mais consciente do tempo, pode confiar-se nele para chegar a horas à escola.

Pode entender conceitos de parte e todo (fracções).

Compreende os conceitos de espaço, causa e efeito, conservação (permanência da massa e do volume), encaixa (puzzles).

Classifica objectos por mais de uma qualidade, faz colecções.

Realiza desenhos simples.

## **DESENVOLVIMENTO PESSOAL SOCIAL**

### **DIRECTRIZES PARA OS PAIS**

#### **GERAIS:**

Dar apoio – atitude de companheirismo, partilhar ideias e pensamentos.

Ser positivo: cada criança deve experimentar algum êxito todos os dias.

Investir interesse na leitura: utilizar a biblioteca, comentar os livros que lê.

Apoiar a actividade em vez da passividade.

Fomentar a originalidade:

Ajudar a criança a fazer os seus próprios projectos.

Fomentar o interesse pelas colecções.

Animar a criança a pensar e a reflectir

Fomentar as experiências familiares e viajar para lugares de interesse.

Estimular o pensamento criativo e a resolução de problemas.

Utilizar recompensas em vez de castigos.

**ESPECÍFICAS:**

Conhecer o professor antes do início das aulas para saber o que se ensina e o que se espera (ir às reuniões).

Assiduidade à escola.

Demonstrar interesse pelo que a criança está a aprender.

Centrar o interesse mais nos conteúdos e programas do que nas notas.

Clarificar que o trabalho escolar é um assunto entre a criança e o professor.

Aproveitar as situações que apõem e reforcem a aprendizagem escolar.

Fazer intercâmbio de informação com os professores para os ajudar a entender melhor o aluno.

Comunicar com o professor quando aparece um problema e não esperar pelas reuniões programadas.

Proporcionar uma área tranquila, bem iluminada e livre de interrupções para o estudo.

Evitar impor um tempo de estudo, mas fazer cumprir as regras: “não há televisão enquanto os deveres não estiverem acabados”.

A ajuda com os trabalhos deve centrar-se em explicar a pergunta e não em dar resposta.

Ensinar a criança a distribuir os trabalhos grandes em tarefas menores, repartidas ao longo do tempo, em vez de dar tudo à noite antes do dia em que deve estar concluído.

Pedir ajuda especial para criança com problemas de aprendizagem.

Ajudar o pessoal da escola mostrando respeito tanto pessoal como pelo sistema escolar (ao menos na presença da criança).

## **16. A CONSULTA DOS 11-13 ANOS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

#### **CRESCIMENTO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL**

#### **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

#### **DESENVOLVIMENTO PSICOSOCIAL**

#### **SAÚDE PSICOLÓGICA**

#### **DIRECTRIZES PARA OS PAIS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

**Maturação:** peso; estatura; IMC; TA; estágio pubertário.

**Hábitos de higiene:** dentes (I+C+M / CPO – dentes Cariados, Partidos e/ou Obturados); flúor; higiene oral (utilização do fio dentário); higiene corporal; importância da independência nestas tarefas.

**Visão:** acuidade visual.

**Audição:** acuidade auditiva.

**Posição corporal:** postura.

**Hábitos de exercício:** prática desportiva.

**Actividade de lazer:** actividades desportivas tempos livres (interesses culturais e sociais, associativismo).

**Hábitos alimentares:** alimentação diversificada; sinais e sintomas de alerta (alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal).

**Prevenção de acidentes:** acidentes e segurança; equivalentes suicidários.

**Adesão à vacinação:** PNV actualizado (reações pós-vacinais Td – frequentemente nódulo duro e doloroso no local da injeção, persistindo por algumas semanas).

### **CRESCIMENTO**

- ✓ Crescimento rápido.
- ✓ Alcança o máximo de velocidade.
- ✓ Aparecem as características sexuais secundárias.

## EXAME FÍSICO

**Posição:** sentado. Oferecer a presença paterna.

**Sequência:** da cabeça aos pés.

**Preparação:** retirar a peça de roupa que cobre a área que se pretende observar. Respeitar a necessidade de intimidade. Explicar os resultados durante o exame “os teus músculos são fortes e duros”. Comentar o desenvolvimento sexual “o teu peito está a desenvolver-se como é esperado”. Salientar o normal do desenvolvimento. Examinar os genitais como qualquer outra parte do corpo, pode-se deixar para o final.

## DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL

### Freud

Fase genital (12 ou mais anos):

A última etapa importante começa na puberdade, com a maturação do sistema reprodutor e a produção de hormonas sexuais. Os órgãos genitais convertem-se na fonte principal de tensões e prazeres sexuais, mas também se investe energia em estabelecer amizades e preparar-se para uma união sólida.

## DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

### Piaget

Estádio das operações concretas (7 aos 11 anos; raciocínio indutivo e início da lógica)  
transição Estádio das operações formais (11 aos 15 anos; raciocínio dedutivo e abstracto).

O pensamento operacional formal caracteriza-se pela adaptabilidade e a flexibilidade. Os adolescentes podem pensar em termos abstractos, usar símbolos abstractos e extrair conclusões lógicas a partir de um conjunto de observações. Podem propor hipóteses e demonstrá-las, e considerar questões teóricas e filosóficas. Ainda que por vezes confundam o ideal com o prático, podem alterar e resolver a maioria das contradições do mundo. Explora a sua capacidade recém adquirida de pensamento abstracto limitado. Procura de alguma forma insegura, novos valores e energias. Compara o “normal” com os companheiros do mesmo sexo.

## DESENVOLVIMENTO PSICOSOCIAL

### Erickson

Identidade versus Confusão de Papéis (dos 12 aos 18 anos): Esta fase corresponde ao período genital de Freud e caracteriza-se por mudanças físicas rápidas e marcadas. A confiança prévia no seu corpo altera-se, e o adolescente começa a preocupar-se muito acerca da opinião dos outros de si. Os adolescentes tentam por todos os meios conjugar os papéis que desempenharam até agora e os que esperam desempenhar daqui em diante de acordo com as normas e modas adoptadas pelos companheiros, para integrar os seus conceitos e valores com os da sociedade e tomar uma decisão respectivamente ao seu trabalho. O resultado do domínio adequado é a devoção e fidelidade aos outros e a determinados valores e ideologias. A incapacidade de resolver o conflito intrínseco dá lugar a confusão. A indefinição produz-se quando o jovem é incapaz de formular uma identidade satisfatória da multiplicidade de aspirações, papéis e identificações possíveis. Por outro lado, também pode desenvolver uma identidade negativa, se a sociedade ou a sua cultura lhe devolver uma imagem de si mesmo contrária aos valores aceites. Quando se aplicam rótulos como “delinquente”, “fracassado” a certos adolescentes pode acontecer que os aceitem e se comportem de forma a validá-los e reforçá-los.

**Identidade Individual:** O processo de desenvolvimento de uma identidade pessoal leva tempo e é tenso, com períodos de confusão, depressão e desânimo. A identidade positiva vai emergindo e substituindo a confusão. A procura da identidade também se faz quando se identifica com o grupo.

**Identidade de Grupo:** A pressão de pertencer a um grupo intensifica-se, esta pertença ajuda-o a definir as diferenças entre ele e os pais, veste-se, maquilha-se e penteia-se como os do grupo. Para além do grupo há adultos significativos para o adolescente, que podem ter uma influência decisiva nas opções do adolescente. O adolescente facilmente assume os papéis que se esperam dele sem se questionar se são os seus objectivos pessoais, levando a decisões prematuras, o jovem torna-se naquilo que os pais ou outras pessoas querem.

**Identidade Sexual:** A adolescência é o período para a consolidação de uma identidade sexual.

**Emotividade:** O estado emocional do adolescente oscila entre a maturidade considerável e o comportamento infantil. Num minuto pode estar eufórico e entusiasta e no minuto seguinte deprimido e derrotado. Imprevisível mas normal. Por estas mudanças de humor, os adolescentes são muitas vezes rotulados de instáveis, inconscientes e imprevisíveis. Os jovens podem controlar melhor as suas emoções no final da adolescência, enfrentando os problemas com mais calma e racionalidade.

**Relações com os Pais:** O adolescente luta pela independência. Se por um lado os pais aceitam os adolescentes como pré-adultos a quem dão privilégios acrescidos de mais responsabilidade, por outro o carácter imprevisível e insegurança do adolescente impõem que os pais devam manter as regras e as restrições. À medida que o adolescente faz valer os seus direitos também cria tensões (uso do telefone, vestuário, tarefas de casa, amizades, namorado, dinheiro, horários, entre outros). Os jovens adoptam uma atitude crítica e argumentadora para obter a emancipação paterna, ausentam-se mais da casa e das actividades familiares e passam cada vez mais tempo com os amigos. Os pais devem respeitar a intimidade do adolescente e mostrar um interesse sincero e honesto sobre o que este sente.

**Relações com os Companheiros:** O grupo de amigos dá ao jovem um forte apoio. Os modelos de conduta são estabelecidos pelo grupo de amigos. Os jovens procuram agrupar-se com amigos para fazer frente à instabilidade gerada pelas rápidas mudanças, é importante ser aceite pelos amigos; sente medo da rejeição. A amizade íntima com um só amigo é muito importante na busca da identidade. Cada um preocupa-se com o que o outro sente e pensa, cresce um sentimento de intimidade, a estabilidade desta amizade do mesmo sexo constitui um vínculo importante para a relação íntima de adulto. Exploração da capacidade de atrair o sexo oposto.

## **Sexualidade**

**Auto Exploração e Avaliação:** A masturbação começa normalmente na puberdade. Actividade normal em ambos os sexos mas mais predominantemente nos rapazes. Esta

prática permite a oportunidade aos jovens de se explorar antes de se envolver numa interacção social sexual.

Intimidade Limitada: Durante a adolescência a maioria dos adolescentes consentem em tocar-se e beijar-se. Mas é cada vez maior o número de jovens que têm alguma experiência sexual. Os adolescentes têm relações sexuais para obterem sensações de prazer, para libertar os seus impulsos sexuais, para satisfazer a curiosidade, como uma forma de conquista, para expressar afecto ou por incapacidade de suportar pressões para ser aceite. Mudam facilmente de parceiro.

Homossexualidade nos Adolescentes: É na adolescência que os jovens se questionam acerca da sua orientação sexual. Os enfermeiros devem reconhecer a atracção potencial pelo mesmo sexo e ser sensível ao acto de que nem todos os jovens são heterossexuais. Cada enfermeiro deve avaliar as suas próprias atitudes e crenças acerca da homossexualidade.

## SAÚDE PSICOLÓGICA

Mudanças de humor amplas.

Imaginação fértil.

Fúria exteriorizada com aborrecimento, explosões de cólera e insultos verbais e gritos.

## DIRECTRIZES PARA OS PAIS

Incentivar os pais a:

- ✓ Aceitar o adolescente como um ser humano;
- ✓ Respeitar as suas ideias, gostos, aversões e desejos;
- ✓ Escutar e tentar estar atento aos pontos de vista do adolescente, inclusive quando não são coincidentes;
- ✓ Evitar a crítica dos fracassos;
- ✓ Deixar que o jovem eleja a sua opção e aceite as consequências naturais da mesma;
- ✓ Permitir que aprenda com a prática;
- ✓ Colocar limites claros e razoáveis;

- ✓ Deixar claras as regras de casa e as consequências se as infringir;
- ✓ Estar disponível evitando pressionar demasiado o jovem;
- ✓ Permitir cada vez mais independência, com as limitações de segurança e bem-estar;
- ✓ Deixar que as regras da sociedade e as suas consequências ensinem o jovem a ser responsável fora do lar;
- ✓ Respeitar a intimidade do adolescente;
- ✓ Tentar partilhar os seus sentimentos de alegria ou pena;
- ✓ Responder aos sentimentos, não apenas às palavras;
- ✓ Estar disponível para responder a qualquer pergunta, dar informação e proporcionar companhia;
- ✓ Tentar que a comunicação seja clara;
- ✓ Ajudar o adolescente a escolher a carreira adequada e a preparar-se para o papel de adulto;
- ✓ Proporcionar-lhe amor incondicional.

## **17. A CONSULTA DOS 15 ANOS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

#### **CRESCIMENTO**

#### **EXAME FÍSICO**

#### **DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL**

#### **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

#### **SAÚDE PSICOLÓGICA**

#### **DIRECTRIZES PARA OS PAIS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

**Autocuidado higiene:** dentes (I+C+M / CPO – dentes Cariados, Partidos e/ou Obturados); flúor; higiene oral (utilização do fio dentário); higiene corporal.

**Autocuidado actividade física:** prática desportiva.

**Autocuidado actividade de lazer:** tempos livres (interesses culturais e sociais, associativismo).

**Autocuidado arranjar-se:** importância da independência nestas tarefas.

**Autocuidado comer:** alimentação diversificada; sinais e sintomas de alerta (alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal).

**Maturação:** peso; estatura; IMC; TA; estágio pubertário.

**Visão:** acuidade visual.

**Audição:** acuidade auditiva.

**Posição corporal:** postura.

**Papel sexual:** sexualidade; comportamentos sexuais de risco.

**Uso de substâncias:** consumos nocivos.

**Precaução de segurança:** acidentes e segurança; equivalentes suicidários.

### **CRESCIMENTO**

- ✓ Desaceleração do crescimento nas meninas;
- ✓ A estatura alcança cerca de 95% da estatura adulta;
- ✓ As características sexuais secundárias estão bastante avançadas.

## **EXAME FÍSICO**

**Posição:** sentado.

**Sequência:** da cabeça aos pés. Podem examinar-se os genitais no final. Respeitar a necessidade de intimidade.

**Preparação:** expor só a área que vai examinar-se. Explicar os resultados durante o exame “os teus músculos são fortes e duros”. Comentar o desenvolvimento sexual “o teu peito está a desenvolver-se como é esperado”. Salientar o normal do desenvolvimento. Examinar os genitais como qualquer outra parte do corpo, pode-se deixar para o final.

## **DESENVOLVIMENTO PSICOSEXUAL**

**Freud:** ver a consulta dos 11-13 anos.

## **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

**Piaget**

Estádio das operações formais, raciocínio dedutivo e abstracto:

- ✓ Desenvolvimento da capacidade de pensamento abstracto;
- ✓ Desfruta das capacidades intelectuais, por vezes em termos idealistas;
- ✓ Preocupa-se com problemas de ordem filosófica, política e social.

## **DESENVOLVIMENTO PSICOSOCIAL**

**Erickson:** ver a consulta dos 11-13 anos.

**Identidade:**

- ✓ Modifica a sua imagem corporal;
- ✓ Muito centrado em si mesmo; aumenta o narcisismo;
- ✓ Tendência à introspecção e à descoberta de si mesmo;
- ✓ Tem uma vida rica de fantasia;
- ✓ Idealista;

- ✓ Capaz de perceber as implicações futuras do seu comportamento e decisões actuais.

**Relações com os pais:**

- ✓ Conflitos importantes entre o desejo de independência e o controlo;
- ✓ Ponto baixo na relação pais/filho;
- ✓ Grande desejo de emancipação;
- ✓ Ausência de compromisso;
- ✓ Separação emocional final e irreversível dos pais;
- ✓ Duelo.

**Relações com os companheiros:**

- ✓ Forte necessidade de identidade para afirmar a própria imagem;
- ✓ Modelos de conduta estabelecidos pelo grupo de amigos;
- ✓ Importância de ser aceite pelos amigos;
- ✓ Medo da rejeição;
- ✓ Exploração da capacidade de atrair o sexo oposto.

**Sexualidade:**

- ✓ O tipo e grau de seriedade das relações heterossexuais são variáveis;
- ✓ Poucas vezes caracterizado por uma relação romântica forte;
- ✓ Na etapa intermédia da adolescência, os jovens sentem necessidade de provar a força da sua sexualidade com proezas e conquistas;
- ✓ A relação continua até que haja falta de entendimento ou surja aborrecimento;
- ✓ Relações múltiplas;
- ✓ Viragem decisiva para a heterossexualidade (se é homossexual sabe-o neste momento);
- ✓ Exploração da “atração sexual”;
- ✓ Sentimento de “estar enamorado”;
- ✓ Tentativa de estabelecer relações.

**SAÚDE PSICOLÓGICA**

- ✓ Tendência à introspecção;

- ✓ Tendência para virar-se para si próprio quando está aborrecido ou feriram os seus sentimentos;
- ✓ Duração e tipo de emoções variáveis e oscilantes;
- ✓ Sentimentos comuns de incapacidade;
- ✓ Dificuldade para pedir ajuda.

#### **DIRECTRIZES PARA OS PAIS**

Ver a consulta dos 11-13 anos.

## **18. A CONSULTA DOS 18 ANOS**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

**CRESCIMENTO**

**EXAME FÍSICO**

**DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

**IDENTIDADE**

**RELAÇÃO COM OS PAIS**

**RELAÇÃO COM OS COMPANHEIROS**

**SEXUALIDADE**

**SAÚDE PSICOLÓGICA**

### **TÓPICOS DE AJUDA**

**Autocuidado higiene:** dentes (I+C+M / CPO – dentes Cariados, Partidos e/ou Obturados); flúor; higiene oral (utilização do fio dentário); higiene corporal.

**Autocuidado actividade física:** prática desportiva.

**Autocuidado actividade de lazer:** tempos livres (interesses culturais e sociais, associativismo).

**Autocuidado arranjar-se:** importância da independência nestas tarefas.

**Autocuidado comer:** alimentação diversificada; sinais e sintomas de alerta (alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal).

**Maturação:** peso; estatura; IMC; TA; estágio pubertário.

**Visão:** acuidade visual.

**Audição:** acuidade auditiva.

**Posição corporal:** postura.

**Papel sexual:** sexualidade; comportamentos sexuais de risco.

**Uso de substâncias:** consumos nocivos.

**Precaução de segurança:** acidentes e segurança; equivalentes suicidários.

**Cuidados antecipatórios:** cidadania.

## **CRESCIMENTO**

- ✓ Fisicamente maduro;
- ✓ Crescimento estrutural e reprodutor quase completo.

## **EXAME FÍSICO**

**Posição:** sentado.

**Sequência:** da cabeça aos pés.

**Preparação:** retirar a peça de roupa que cobre a área que se pretende observar.

Respeitar a necessidade de intimidade.

## **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

- ✓ Estabelecimento do pensamento abstracto;
- ✓ Pode perceber e actuar numa ampla margem de opções.
- ✓ Capaz de focar os problemas de forma compreensiva;
- ✓ Estabelece a sua identidade intelectual e funcional.

## **IDENTIDADE**

- ✓ Definição firme da imagem corporal e do papel sexual;
- ✓ Identidade sexual madura;
- ✓ Fase de consolidação da identidade;
- ✓ Estabilidade da auto-estima;
- ✓ Sente-se cómodo com o crescimento físico;
- ✓ Papéis sociais definidos e articulados.

## **RELAÇÕES COM OS PAIS**

- ✓ Fim da separação emocional e física dos pais;
- ✓ Independência da família de forma menos conflituosa;
- ✓ Emancipação praticamente conseguida.

## **RELAÇÕES COM OS COMPANHEIROS**

- ✓ O grupo de amigos diminui em favor de uma amizade individual;
- ✓ Ensaio das relações homem/mulher, com medo de uma aliança definitiva;
- ✓ Relações caracterizadas por dar e receber.

## **SEXUALIDADE**

- ✓ Estabelece relações e vínculos afectivos com o outro;
- ✓ Capacidade crescente para a relação mútua e a reciprocidade;
- ✓ Saídas em par;
- ✓ A intimidade implica entrega, mais do que exploração e romantismo.

## **SAÚDE PSICOLÓGICA**

- ✓ Maior estabilidade emocional;
- ✓ Maior capacidade de controlar a fúria.

## 19. CONCLUSÃO

A criança como ser dinâmico que é, vive num contínuo desenvolvimento, declarando cada percurso etário, uma determinada expressão do seu crescimento, inevitavelmente resultante de um potencial genético, em constante interacção com o meio.

A educação e a saúde têm um grande objectivo em comum, que é o desenvolvimento pleno e permanente do indivíduo. A promoção de saúde e os estilos de vida saudáveis no âmbito escolar, são metas para a saúde, a atingir nos próximos anos. Os serviços de saúde têm um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que diz respeito à saúde da criança e escolarização.

As necessidades e os problemas de saúde nas crianças e jovens, relacionam-se com conhecimentos e comportamentos sobre alimentação equilibrada, acidentes, consumo de substâncias aditivas e doenças sexualmente transmissíveis, sendo estas as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis.

O enfermeiro deve reconhecer os pais ou os seus substitutos legais como os primeiros prestadores de cuidados e valorizar os cuidados antecipatórios como um factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando-lhes os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Todo o êxito da avaliação da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil depende do grau da nossa postura, objectividade e atitude de interpretação. Esta realidade impõe uma lógica e uma coerência no exame à criança, implicando a utilização de estratégias específicas, como a utilização de escalas de desenvolvimento psicomotor infantil.

A uniformização das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, constituiu o grande objectivo do presente trabalho, que espero poder contribuir no sentido da qualidade e harmonização da intervenção do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários, envolvendo e motivando as famílias, no projecto de saúde dos seus filhos em parceria com os profissionais.

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria visa promover a excelência do cuidar, redesenhando a diferença na sua intervenção, em várias áreas do atendimento à criança / família, nomeadamente no seu bem-estar, na vinculação parental (ao longo das diferentes etapas) e na promoção de um crescimento/desenvolvimento harmonioso da criança.

## **20. BIBLIOGRAFIA**

Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 01 / DSE de 18 de Janeiro de 2005 – *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*.

Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 08 / DT de 21 de Dezembro de 2005 – *Programa Nacional de Vacinação 2006*. Orientações Técnica.

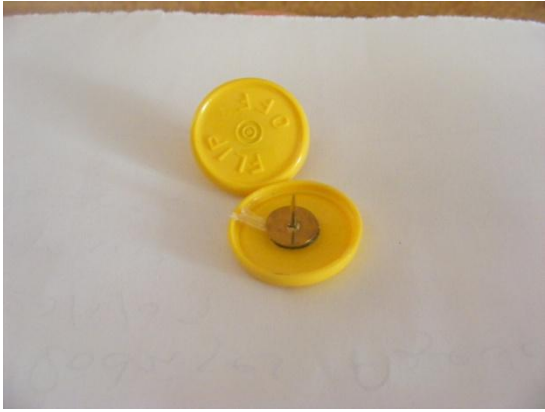
Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 09 /DSI de 6 de Outubro de 1992 – *Programa Tipo de Actuação: Saúde Infantil e Juvenil*. 2ª ed. Lisboa, 2005.

RIBEIRO, Ana; MOURA, Elisabete – *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil*. Versão 4. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2008.

## **Anexo 2**

Fotografias da Actividade desenvolvida no Dia Mundial da Criança



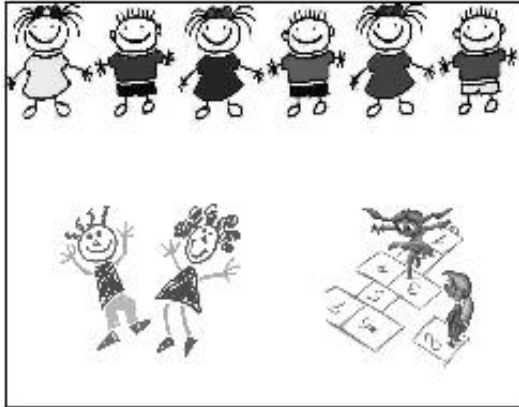




## **Anexo 3**

Folhas com Imagens e Frases alusivas ao Desenvolvimento Infantil





**"Ser Criança!"**

Ser criança é ser;  
papola ao vento,  
galvoja no firmamento  
É ser sol abrihar,  
é céu, é mar.

Ser criança é poder  
correr, saltar.  
É percorrer o mundo  
de lá-ó-lá,  
é andar embico-de-pé.

É ser esperança  
que acaba as maldições,  
as violações,  
a fome,  
a guerra e a dor.

Ser criança é o sorriso,  
que faz de paz,  
que faz de amor.  
Ser criança é ser grande!  
É ser maior.

(www.mãeemcabeça.com)

O Nascimento de um filho é uma mudança para toda a vida.



O leite da minha mãe é bom!



Adoro o banho!



Gosto de carinho!



Acho que já está a nascer o meu dentinho



O leite é importante para o meu crescimento.



Já sei gatinhar



Os meus primeiros passos...



Já descobri os meus pés



Quero ser igual à minha mãe



Está na hora de tirar a fralda!



*“Ensina a criança no caminho em que deve andar e, quando for velho, não se desviará dele.” (A.D.)*

Também é o teu primeiro dia na escola?



As Amizades criam-se na infância



Gosto da natureza



É importante lavar as minhas mãos!



A minha segurança é importante



Começo o dia  
com o pequeno-almoço



Não devo comer doces todos os dias!



Estou preparado para a escola.



Já sou adolescente!



Lavar os dentes, é indispensável



## **Anexo 4**

Fotografias da 2ª Sessão de Massagem Infantil



















## **Anexo 5**

Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto do Serviço de Urgência  
Pediátrica



## **Diagnóstico Clínico: Convulsão Febril**

### **Diagnósticos de Enfermagem:**

- Febre, presente;
- Risco de Dispneia;
- Risco de Dor;
- Autocuidado: higiene, comprometido, em grau reduzido;
- Autocuidado: uso do sanitário, comprometido, em grau reduzido;
- Alimentar-se, comprometido, em grau reduzido;
- Posicionar-se, comprometido, em grau reduzido.

### **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Monitorizar a temperatura corporal;
- ✓ Monitorizar a tensão arterial;
- ✓ Monitorizar a saturação de oxigénio;
- ✓ Monitorizar a frequência cardíaca;
- ✓ Monitorizar o peso corporal;
- ✓ Vigiar a refeição;
- ✓ Vigiar a eliminação urinária;
- ✓ Vigiar a eliminação intestinal;
- ✓ Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico;
- ✓ Vigiar a respiração;
- ✓ Vigiar a dor;
- ✓ Supervisionar o autocuidado: higiene;
- ✓ Supervisionar o posicionamento;
- ✓ Gerir o ambiente físico;
- ✓ Administrar antipirético;
- ✓ Ensinar sobre o tratamento da febre.



## **Anexo 6**

Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto dos Cuidados de Saúde  
Primários



Centro de Saúde: VILA VERDE

VILA VERDE

**Registo do Contacto de Enfermagem**

Nº Processo:

NºCartão:

Nome:

Idade: 5 Anos

Morada:

Registado em: 2009-04-23 às 09:42

Local do contacto: Centro de Saúde

Enf. Família:

Referente a : 2009-04-23 às 09:42

Utilizador: Isabel Maria Fernandes Costa

Méd. Família:

**Programas de Saúde**

Data/Hora Início	Programa de Saúde
2009/04/23 09:42	Saúde Infantil

**Fenómenos Activos**

Data/Hora Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data/Hora Termo
2009/04/23 09:43	<b>Desenvolvimento Infantil</b>	
2009/04/23 09:43	desenvolvimento infantil	
2009/04/23 09:43	<b>Papel Parental</b>	
2009/04/23 09:43	conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil não demonstrado	
2009/04/23 09:44	conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado	
2009/04/23 09:44	conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes do 5º ao 10º ano não demonstrado	
2009/04/23 09:44	conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade não demonstrado	
2009/04/23 09:44	conhecimento dos pais sobre vacinação não demonstrado	
2009/04/23 12:55	<b>Enurese</b>	
2009/04/23 12:55	enurese nocturna	

**Intervenções Realizadas**

Data / Hora Início	Intervenção	Parametro
2009/04/23 09:46	Monitorizar altura corporal	1,13
2009/04/23 09:46	Monitorizar dentes cariados, perdidos e obturados (CPO)	
2009/04/23 09:46	Monitorizar índice de massa corporal (IMC)	
2009/04/23 09:46	Monitorizar peso corporal	21
2009/04/23 09:46	Monitorizar tensão arterial	87 - 48
2009/04/23 09:46	Monitorizar visão através de escala optométrica	
2009/04/23 09:46	Vigiar audição	
	<b>Notas:</b> sem alterações aparentemente	
2009/04/23 09:46	Vigiar desenvolvimento infantil: criança escolar	
	<b>Notas:</b> teste sheridan normal. mae refere enurese nocturna	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre higiene da criança	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre alimentação a partir dos 12 meses	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre hábitos da criança	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes do 5º ao 10º ano	
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre vacinação	

Centro de Saúde: VILA VERDE

VILA VERDE

**Registo do Contacto de Enfermagem**

Nº Processo:

NºCartão:

Nome:

Idade: 5 Anos

Morada:

Registado em: 2009-04-23 às 09:42

Local do contacto: Centro de Saúde

Enf. Família:

Referente a : 2009-04-23 às 09:42

Utilizador: Isabel Maria Fernandes Costa

Méd. Família:

**Intervenções Realizadas**

Data / Hora Início	Intervenção	Parametro
2009/04/23 09:46	Ensinar os pais sobre resposta à vacinação	
2009/04/23 09:46	Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade	
2009/04/23 09:46	Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental	
2009/04/23 12:56	Aconselhar eliminação urinária antes do sono	
2009/04/23 12:56	Ensinar a criança sobre a enurese	
2009/04/23 12:56	Limitar a ingestão de líquidos antes do sono	

**Vacinas**

Vacina	Inoculação	Dose	Lote	Laboratório/ N. comercial
DTPaVIP		5	A0541-1	TETRAVAC
VASPR		2	NH53700	MM-RVAXPRO

## **Anexo 7**

Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto de Internamento de Pediatria



<b>HOSPITAL BRAGA</b>		Procº:	Emitido em: 11 Novembro 2009 19:
<b>PEDIATRIA</b>		Cama:	Entrada às: 19:50 em 10 Novembro 2009
Plano de Cuidados entre 11/11/2009 15:00 a 11/11/2009 21:00			

### Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Im
2009/11/11	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA DOR		1322	Si
2009/11/11	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS		1322	Si
2009/11/11	Tarde	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO		1322	Si
2009/11/11	Tarde	TRACÇÃO		1322	Si
2009/11/11	Tarde	REPOUSO NO LEITO		1322	Si

Lanche		Jantar	
qua, 11-11-2009	Imp.	qua, 11-11-2009	Imp.
Dieta geral	S	Dieta geral	S

Início		Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enfº		Data	Hora	Enfº
2009/11/10 21:34	4473	<b>Fractura</b>			
2009/11/10 21:36	4473	<i>fractura perna lado direito</i>			
2009/11/10 21:36	4473	<b>Dor</b>			
2009/11/10 21:36	4473	<i>dor intermitente agudo perna lado direito</i>			
2009/11/10 21:38	4473	<b>Ansiedade</b>			
2009/11/10 21:38	4473	<i>ansiedade , em grau reduzido</i>			
2009/11/10 21:38	4473	<b>Auto Cuidado: Higiene</b>			
2009/11/10 21:38	4473	<i>dependência no auto cuidado: higiene , em grau moderado</i>			
2009/11/10 21:39	4473	<b>Auto Cuidado: Vestuário</b>			
2009/11/10 21:39	4473	<i>dependência no auto cuidado: vestuário , em grau moderado</i>			
2009/11/10 21:39	4473	<b>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</b>			
2009/11/10 21:39	4473	<i>dependência no auto cuidado: uso do sanitário , em grau moderado</i>			
2009/11/10 21:39	4473	<b>Papel Parental</b>			
2009/11/10 21:39	4473	<i>conhecimento dos pais sobre: tratamentos da criança no papel parental não demonstrado</i>			
2009/11/10 21:39	4473	<b>Tomar Conta</b>			
2009/11/10 21:39	4473	<i>tomar conta</i>			
2009/11/10 21:42	4473	<b>Perfusão dos Tecidos</b>			
2009/11/10 21:42	4473	<i>perfusão dos tecidos comprometido risco de perfusão dos tecidos</i>			

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Im
2009/11/11	Tarde	Aliviar tracção	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Assistir os pais a posicionar a criança	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Explicar os tratamentos aos pais	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Explicar procedimentos ao doente	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Massajar zona de pressão	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Optimizar tracção	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Vigiar a pele	1322	Si
		19:34 Obs: Elasticidade da pele Normal Integridade da pele Presente Textura da pele Normal		
2009/11/11	Tarde	Optimizar o posicionamento	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Ensinar sobre o papel parental durante os tratamentos	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Vigiar perfusão tecidual periférica	1322	Si
		18:35 Obs: Cor das extremidades: Rosada Pulso periférico Presente Temperatura das extremidades: Normal		
2009/11/11	Tarde	Optimizar catéter venoso periférico	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Gerir a analgesia	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Ensinar os pais sobre a importancia do posicionamento	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Ensinar sobre o posicionamento	1322	Si

**HOSPITAL BRAGA**

Proc°:

Emiúdo em: 11 Novembro 2009 19:

**PEDIATRIA**

Plano de Cuidados entre 11/11/2009 15:00 a 11/11/2009 21:00

Cama:

Entrada às: 19:00 em 10 Novembro 2009

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enf°	Im
2009/11/11	Tarde	Ensinar sobre papel parental durante a hospitalização	1322	S
2009/11/11	Tarde	Manter repouso na cama	1322	S
2009/11/11	Tarde	Assistir no tomar conta da criança	1322	S
2009/11/11	Tarde	Vigiar a eliminação intestinal	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Facilitar suporte familiar	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Estabelecer relação com a criança	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Encorajar auto controlo: ansiedade	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Assistir no auto cuidado: uso do sanitário	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Vigiar a pele no local de inserção do cateter venoso periférico	1322	Si
2009/11/11	Tarde	Vigiar a eliminação urinária	1322	Si
2009/11/11	16:00	Vigiar a refeição	1322	Si
2009/11/11	16:00	Monitorizar frequência cardíaca	1322	Si
2009/11/11	16:00	Monitorizar temperatura corporal	1322	Si
2009/11/11	16:00	Monitorizar a dor através da Escala Numérica	1322	Si
2009/11/11	16:00	Monitorizar tensão arterial	1322	Si
2009/11/11	19:00	Vigiar a refeição	1322	Si

**Notas Gerais**

## **Anexo 8**

Exemplo de um Plano de Cuidados realizado no Contexto de Internamento de  
Neonatologia



<b>UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO EPE</b>	Proc°:	Emtido em: 07 Janeiro 2010 7:59
<b>NEONATOLOGIA PISO7</b>	FILHA	
Plano de Cuidados entre 06/01/2010 23:30 a 07/01/2010 07:59	Cam a:	Entrada às: 16:17 em 12 Dezembro 2009

### Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enf°	Impl.
2010/01/06	Noite	MONITORIZAÇÃO DE TA / FC / FR / SATO2		971	Sim
2010/01/06	Noite	DIETA	Conforme prescrito.	971	Sim
2010/01/06	Noite	ENTUBAÇÃO NASOGÁSTRICA: GAVAGEM		971	Sim

Início			Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enf°	Data		Hora	Enf°	
2009/12/12 19:14	974	<b>Membrana Mucosa Seca</b>				
2009/12/12 19:14	974	<i>membrana mucosa seca : risco de</i>				
2009/12/12 19:14	974	<b>Zona de pressão</b>				
2009/12/12 19:15	974	<i>zona de pressão: risco de</i>				
2009/12/12 19:15	974	<b>Dor</b>				
2009/12/12 19:15	974	<i>dor</i>				
2009/12/12 19:15	974	<b>Infecção</b>				
2009/12/12 19:15	974	<i>infecção : risco de</i>				
2009/12/12 19:16	974	<b>Termorregulação</b>				
2009/12/12 19:16	974	<i>termorregulação ineficaz</i>				
2009/12/12 19:17	974	<b>Precaução de Segurança</b>				
2009/12/12 19:18	974	<i>precaução de segurança : sonda orogástrica</i>				
2009/12/12 19:24	974	<b>Prestar Cuidados</b>				
2009/12/12 19:24	974	<i>prestar cuidados, sim</i>				
2010/01/07 06:09	971	<b>Aspiração</b>				
2010/01/07 06:10	971	<i>aspiração, risco de</i>				

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enf°	Impl.
2010/01/06	Noite	Executar posicionamento	971	Sim
2010/01/06	Noite	Gerir o ambiente físico	971	Sim
2010/01/06	Noite	Monitorizar dor 06:04 0	971	Sim
2010/01/06	Noite	Lavar a boca	971	Sim
2010/01/06	Noite	Providenciar humidificação da mucosa oral	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar mucosa oral 06:05 Obs: Mucosa oral hidratada	971	Sim
2010/01/06	Noite	Monitorizar a SatO2 06:05 96	971	Sim
2010/01/06	Noite	Monitorizar frequência cardíaca 06:05 169	971	Sim
2010/01/06	Noite	Monitorizar temperatura corporal 06:05 37	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar coloração da pele 06:06 Obs: Coloração da pele sub-ictérica	971	Sim
2010/01/06	Noite	Estimular o recém-nascido	971	Sim
2010/01/06	Noite	Optimizar a fralda	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar a eliminação intestinal 07:56 Obs: Fezes granulosas, amarelas	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar comportamento do RN 06:06 Obs: Recém nascido reactivo	971	Sim
2010/01/06	Noite	Alimentar por sonda gástrica	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar a mamada 06:06 Obs: Mamou por tetina/gavagem Mamou tolerou	971	Sim
2010/01/06	Noite	Posicionar com cabeceira do leito elevada a 30°	971	Sim
2010/01/06	Noite	Vigiar características do conteúdo gástrico 06:07 Obs: Sem resíduos gástricos	971	Sim
2010/01/06	Noite	Monitorizar conteúdo gástrico 06:07 0	971	Sim
2010/01/06	Noite	Optimizar sonda orogástrica por procedimento P23	971	Sim
2010/01/07	01:30	Monitorizar tensão arterial 01:30 Max: 81 Min: 48Med: 54	971	Sim
2010/01/07	07:30	Vigiar a mamada 07:30 Obs: Mamou por tetina e gavagem Mamou bolsou após gavagem	971	Sim



## **Anexo 9**

Convite entregue aos Pais para participarem na Acção de Educação para a Saúde  
“Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê”





## Convite

Convidamos a assistirem a uma sessão de educação para a saúde sobre: *"Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê"* a realizar no dia 18 de Junho (5ª feira), às 9:30h no Centro de Saúde de Vila Verde.

*A sua presença é importante...para que juntos todos possamos aprender!*

*A Enfermeira  
Cláudia Martins*





## **Anexo 10**

Apresentação de PowerPoint® “Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê”



## Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê



11.06.09 02/11/2006/2007

## Cuidados de Higiene e Conforto ao Bebê



### ► Objectivos:

- Identificar as fases do banho ao bebê;
- Conhecer a técnica do banho ao bebê;
- Aprender o correcto posicionamento do bebê no berço;
- Conhecer o transporte seguro do bebê.

11.06.09 02/11/2006/2007

## Cuidados de Higiene ao Bebê

11.06.09 02/11/2006/2007

## Cuidados de Higiene ao Bebê



### ► Fases do Banho:

- Preparar o ambiente;
- Preparar o material;
- Executar a técnica do banho.

11.06.09 02/11/2006/2007

## Cuidados de Higiene ao Bebê

### Preparar o ambiente para o banho:

- Temperatura do ambiente: 24 a 25°C
- Duração do banho: <= 5 minutos



11.06.09 02/11/2006/2007

## Cuidados de Higiene ao Bebê

### Material necessário para o banho:

- Banheira;



11.06.09 02/11/2006/2007

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Toalha;

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Cobertor;

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Sabão Neutro (pH=5,5; sem perfume nem conservantes) ou sabão de Glicerina;

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Escova Macia ou Pente (Facultativo);

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Compressas Esterilizadas (Facultativo);  
> Soro Fisiológico (Facultativo);  
> Compressas ou Panos Limpos;

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

> Esponja ou Manôpula Macia (Facultativo);

11.06.001 02/11/2016 10:10:10

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

- > Champô Neutro (Facultativo);
- > Creme ou Óleo Hidratante (Facultativo);



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 02

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

- > Fralda de Pano e Fralda Descartável;



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 03

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

- > Roupas Limpas (Baby-grow, Conjunto de Chambres, Meia-calça);



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 04

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Material necessário para o banho:

- > Tesoura de Pontas Redondas;
- > Termómetro.



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 05

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Procedimento do Banho:

1. A mãe deve retirar todos os adornos e lavar as mãos;



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 07

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
Procedimento do Banho:

2. Encher a banheira com água tédida – 37°C (1ª deixa-se a água fta e depois a água quente);



11.06.001 02/11/2020 02/11/2020 08

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

3. Despir o recém-nascido sem retirar a fralda e envolvê-lo numa toalha macia;



11.06.09 11.07.09

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

4. Lavar o rosto (apenas com água limpa) e o couro cabeludo antes de introduzir o recém-nascido na banheira;



11.06.09 11.07.09

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

5. Limpar os olhos da região externa para a região interna para retirar as secreções;



11.06.09 11.07.09

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

6. Lavar o couro cabeludo, apoiando as costas do recém-nascido com o antebraço e a cabeça com a mão, ensaboar com champô, sabão neutro ou de glicerina e enxaguar;



11.06.09 11.07.09

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

7. Secar a cabeça com movimentos suaves e pentear o cabelo com uma escova macia;



11.06.09 11.07.09

**Cuidados de Higiene ao Bebê**  
**Procedimento do Banho:**

8. Retirar a fralda e se tiver dejeção, deve-se limpar com compressas ou panos limpos;



11.06.09 11.07.09

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 9. Colocar o recém-nascido dentro da banheira, lentamente para não o assustar;



14.06.09

8/17/2006 10:17:10

25

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 10. Colocar a mão por debaixo das costas e segurar firmemente a parte superior do braço esquerdo, ficando a cabeça apoiada no braço da mãe;



14.06.09

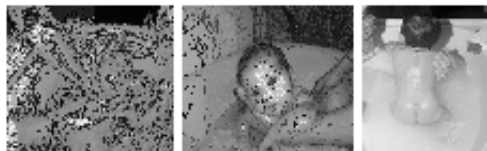
8/17/2006 10:17:10

26

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 11. Lavar o pescoço, peito, braços, axilas, barriga e pernas;
- > 12. Lavar as costas, segurando na parte superior do braço direito;
- > 13. Lavar os genitais no sentido de cima para baixo e da frente para trás;



14.06.09

8/17/2006 10:17:10

27

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 14. Envolver o recém-nascido na toalha e secar convenientemente, podendo aplicar-se um creme ou óleo hidratante;



14.06.09

8/17/2006 10:17:10

28

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 15. Limpar o coto umbilical com compressas esterilizadas;



14.06.09

8/17/2006 10:17:10

29

### Cuidados de Higiene ao Bebê

#### Procedimento do Banho:

- > 16. Colocar a fralda e vestir o recém-nascido, evitando movimentos bruscos;



14.06.09

8/17/2006 10:17:10

30

### Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do Banho:

> 17. Cortar as unhas com uma tesoura de pontas redondas pelo menos 1xsemana, de modo a evitar lesões na pele.



18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Cuidados de Higiene ao Bebê

Mudança da Fralda



18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Conforto e Segurança do Bebê

18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Conforto e Segurança do Bebê

Cama com Grades

> Altura das grades: devem ter no mínimo 60cm  
> Distância entre as grades: não deve superior a 6cm



18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Conforto e Segurança do Bebê

> Deve deitar o bebê de costas;



18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Conforto e Segurança do Bebê

> A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebê;



18.06.2017 10/17 Slide 18.06.17

### Conforto e Segurança do Bebê

> Deve verificar se a grade está bem colocada depois de deitar a criança na cama.



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

### Conforto e Segurança do Bebê

> O colchão deve ser firme e deve estar bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama;



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

### Conforto e Segurança do Bebê

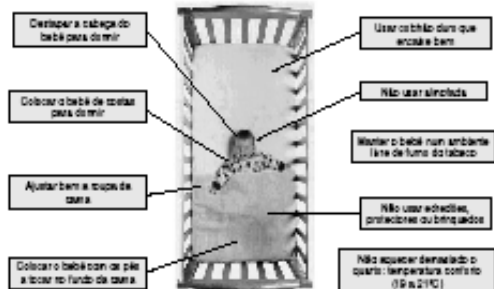
> Não deve colocar proteções almofadadas, brinquedos, almofadas, fraldas dentro da cama.



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

### Conforto e Segurança do Bebê

> Como reduzir os riscos do Síndrome de Morte Súbita



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

### Conforto e Segurança do Bebê

#### Transporte

> O bebê deve ser sempre transportado na cadeira adequada à sua idade e nunca no colo, mesmo em pequenas distâncias;

> Grupo 0 e 0+

- Até aos 10kg ou até aos 13kg;
- Indicada para o recém-nascido;
- Permite amparar a cabeça, o pescoço e costas em caso de acidente.



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

### Conforto e Segurança do Bebê

#### Transporte

> A cadeira deve ser colocada com a frente voltada para a traseira do carro até a criança atingir os 18 meses;

> Nunca pode ser colocada num lugar com airbag.



11-06-09 0077 (Bebê-Matéria) 10

Conforto e Segurança do Bebê  
Transporte



11.08.2011

02/11/2010

11



**OBRIGADA  
PELA VOSSA  
PRESENÇA!!!**

11.08.2011

02/11/2010

12

## **Anexo 11**

Folheto “Cuidados de Higiene e Conforto ao Bebê”



## CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO BEBÉ

### Material necessário para o banho:

- ✓ Banheira;
- ✓ Toalha;
- ✓ Cobertor;
- ✓ Sabão neutro ou de glicerina;
- ✓ Escova macia ou pente (facultativo);
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Compressas ou panos limpos;
- ✓ Soro fisiológico (facultativo);
- ✓ Manópula macia (facultativo);
- ✓ Champô neutro (facultativo);
- ✓ Creme ou óleo hidratante;
- ✓ Fralda de pano e fralda descartável;
- ✓ Roupa limpa (baby-grow, conjunto de chambres, meia-calça);
- ✓ Tesoura de pontas redondas;
- ✓ Termómetro.



### Procedimento:

1. Preparar o ambiente com uma temperatura entre 24 e 25°C;
2. A mãe deve retirar todos os adornos e lavar as mãos;
3. Encher a banheira com água tépida - 37°C (1º deita-se a água fria e depois a água quente);
4. Despir o recém-nascido sem retirar a fralda e envolvê-lo numa toalha macia;
5. Lavar o rosto (apenas com água limpa) e o couro cabeludo antes de introduzir o recém-nascido na banheira;
6. Limpar os olhos da região externa para a região interna para retirar as secreções;
7. Lavar o couro cabeludo, apoiando as costas do recém-nascido com o antebraço e a cabeça com a mão, ensaboar com champô, sabão neutro ou de glicerina e enxaguar;
8. Secar a cabeça com movimentos suaves e pentear o cabelo com uma escova macia;
9. Retirar a fralda e se tiver dejeção, deve-se limpar com compressas ou panos limpos;
10. Colocar o recém-nascido dentro da banheira, lentamente para não o assustar;
11. Colocar a mão por debaixo das costas e segurar firmemente a parte superior do braço esquerdo, ficando a cabeça apoiada no braço da mãe;
12. Lavar o pescoço, peito, braços, axilas, barriga e pernas;
13. Lavar as costas, segurando na parte superior do braço direito;
14. Lavar os genitais no sentido de cima para baixo e da frente para trás;
15. Envolver o recém-nascido na toalha e secar convenientemente, podendo aplicar-se um creme ou óleo hidratante;
16. Limpar o coto umbilical com compressas esterilizadas;
17. Colocar a fralda e vestir o recém-nascido, evitando movimentos bruscos;
18. Cortar as unhas com uma tesoura de pontas redondas pelo menos 1xsemana, de modo a evitar lesões na pele.

Trabalho elaborado por Cláudia Martins (Mestrado em Enf. – Espec. em Saúde Infantil e Pediatria – UCP do Porto)



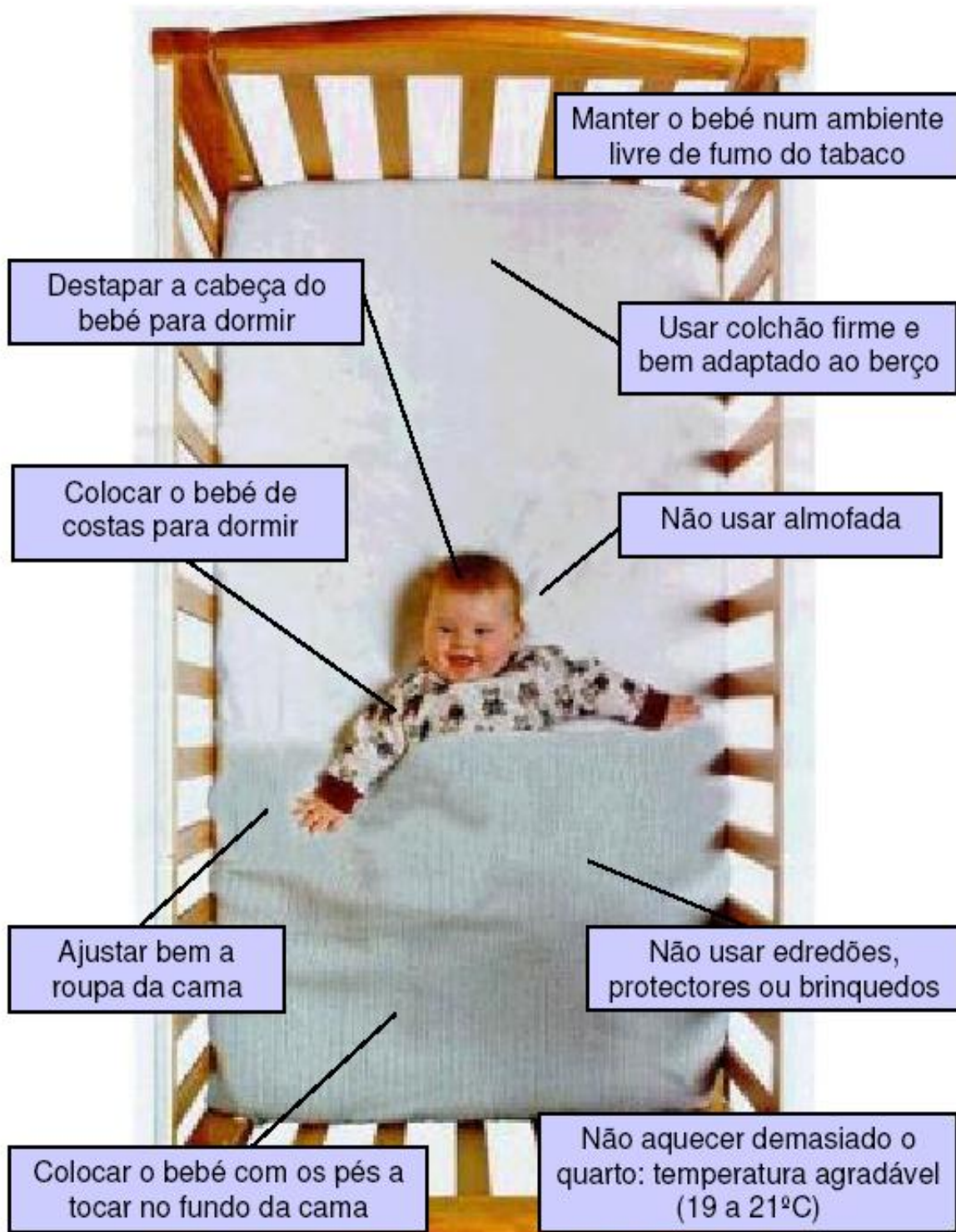
## **Anexo 12**

Folheto “Como Reduzir os Riscos do Síndrome de Morte Súbita”



## COMO REDUZIR OS RISCOS DO SÍNDROME DE MORTE SÚBITA

Para colocar o bebé a dormir em segurança deve:



Trabalho elaborado por Cláudia Martins (Mestrado em Enf.- Espec. em Saúde Infantil e Pediatria – UCP do Porto)



## **Anexo 13**

Questionário de Avaliação do Formando relativo à Acção de Educação para a Saúde  
“Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê”



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO(A) FORMANDO(A)

### ACÇÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS DE HIGIENE, CONFORTO E SEGURANÇA DO BEBÉ

Como FORMANDO(A), agradeço que classifique os vários itens que contribuem para a Avaliação da Qualidade da Acção de Formação que acabou de participar. Por favor, assinale com um (X) a opção que lhe parece mais adequada.

**LOCAL:** Centro de Saúde de Vila Verde

**DATA:** 18/6/2009

**FORMADORA:** Cláudia Martins

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Insat	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Motivou a participação do grupo					
Despertou interesse					
Prestou esclarecimentos solicitados					
Estabeleceu boa relação com o grupo					
Utilizou metodologias que facilitaram aprendizagem					
Anunciou os objectivos que se propõem alcançar					
Sequência/interligação dos conteúdos abordados					

**APRECIAÇÃO GLOBAL**

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Insat	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Relação dos objectivos da formação / pessoais					
Conveniência dos assuntos tratados					
Resultados alcançados face às suas expectativas					
Possibilidade aplicação no seu contexto de trabalho					
Número de horas da formação					
Horário da formação					
Manifeste a sua satisfação global					



## **Anexo 14**

Poster “Desenvolvimento Infantil”



### 1º Mês:

Passa a maior parte do tempo a dormir;  
Quando deitada de cabeça para baixo,  
levanta-a por segundos.



### 2º Mês:

Já consegue levantar a cabeça, mostrando o  
queixo;  
Começa a fixar o olhar e a sorrir.



### Entre o 3º e o 4º Mês:

Começa a acompanhar as pessoas e os objectos  
com o olhar;  
Responde aos sorrisos e ri.



### 5º Mês:

Segura a cabeça;  
Gosta de atenção;  
Dá gargalhadas;  
Necessita de:  
- contacto humano;  
- ambiente calmo;  
- carinhos.  
Consegue manter-se sentado sem apoio e vira  
a cabeça para quem lhe fala;  
A mãe deve falar docemente durante o banho,  
enquanto o veste e o alimenta.



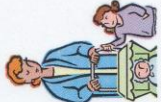
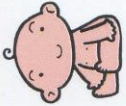
### 6º - 7º Mês:

Vira-se da posição de bruços para de costas;  
Tenta beber pelo copo;  
Brinca com as suas próprias mãos;  
Começa a conhecer os familiares;  
A rejeição deve ser um momento agradável;  
Recusa os novos sabores;  
Estranha a colher.  
Pouco depois aprende a comer.



### 8º Mês:

Senta-se sem apoio;  
Compreende a palavra Não;  
Fica contente quando vai à rua;  
Começa a gatinhar em direcção a tudo que  
a atrai;  
Diz mamã e papá;  
Diverte-se a atirar objectos ao chão e a vê-  
los cair.



### 10º Mês:

Já fica de pé e consegue andar pela mão;  
Diverte-se quando se vê ao espelho;  
Repete sons;  
Gosta de mexer em todos os objectos;  
Gosta de comer sozinho com as mãos;  
Agarra os objectos com o polegar e o  
indicador.



### 12º Mês:

Começa a andar sozinho;  
Quer mexer em tudo que o rodeia;  
Começa a querer imitar os adultos;  
Gosta de usar a colher quando come;  
Já reconhece o seu nome;  
Diz algumas palavras;  
Gosta de brincar, empilhando os objectos e  
enchendo recipientes.



### Próximo dos 2 Anos:

Adora dizer Não!



### 17º - 18º Mês:

Bebe sozinho pelo copo;  
Consegue apanhar objectos do chão sem cair;  
Trepas com facilidade para as cadeiras e mesas;  
Gosta de ouvir música;  
Não se deve impor o bacio antes do ano e meio, 2 anos;  
A aprendizagem da "limpeza" dura às vezes vários anos;  
Diz mais palavras;  
Começa a pedir o bacio;  
Gosta que lhe contem histórias;  
Apontia algumas partes do corpo;  
Acompanha a mãe e gosta de a imitar;  
Não empresta os seus brinquedos;  
Fase de grande actividade que marca o início da socialização.



## Desenvolvimento do Bebê

Cada bebé apresenta o seu desenvolvimento de forma muito individual por isso, existem excepções na aquisição das aprendizagens.

Trabalho elaborado por: Cláudia Martins (Aluna da Especialidade de Enf. de Saúde Infantil e Pediátrica - Univ. Católica Portuguesa)



## **Anexo 15**

Cartaz de Identificação da Sala de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil



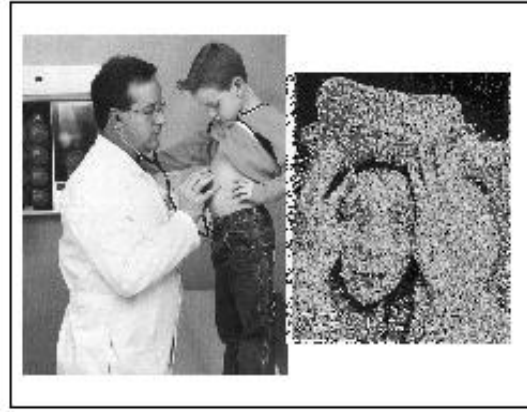




## **Anexo 16**

Apresentação de PowerPoint® “Saber Comer é Saber Viver”






Uma casa necessita de diversos materiais para ser construída...

Tijolos  
Ferro  
Pedras  
Cimento  
Madeira.....

**OS DIVERSOS ALIMENTOS**

- O corpo Humano também precisa de diversos materiais que são os **ALIMENTOS**



Uma **CASA** em **CONSTRUÇÃO** é como uma **CRIANÇA** em **CRESCIMENTO**

- Como os materiais da obra devem chegar a tempo, também a criança deve comer alimentos variados para crescer saudável.



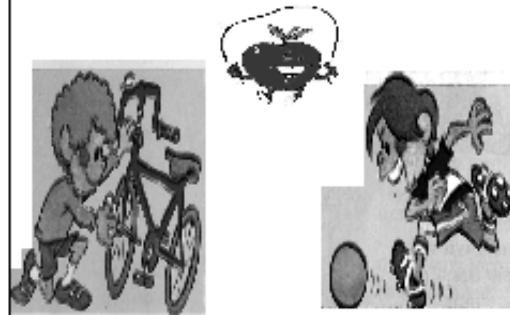
- Esta criança está **TRISTE** e **CANSADA** porque não comeu os alimentos necessários e vai ficar **DOENTE**



Esta criança está **ALEGRE** e **FORTE** porque comeu de tudo que é necessário para crescer **SAUDÁVEL**



## Função dos alimentos



## A RODA dos ALIMENTOS

É um círculo dividido em sectores de diferentes tamanhos - **GRUPOS** que nos ajudam a **escolher** e **combinar** os alimentos que deveram fazer parte da **alimentação diária**



## A RODA dos ALIMENTOS

• É constituída por 7 **GRUPOS** de **ALIMENTOS** de tamanhos diferentes



## A RODA dos ALIMENTOS

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:**

**Completa**

**Equilibrada**

**Variada**

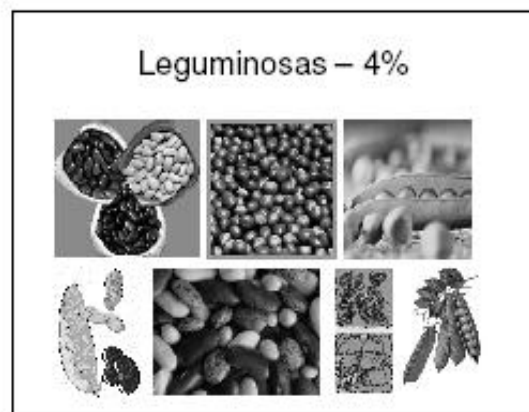
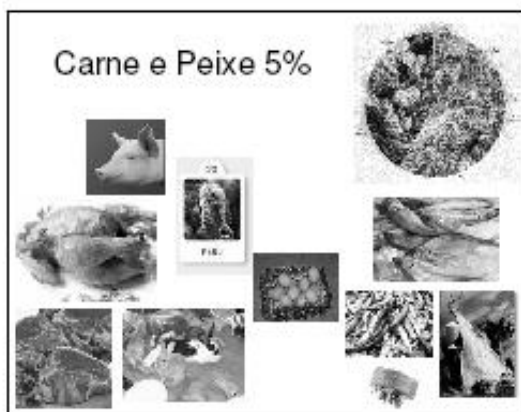
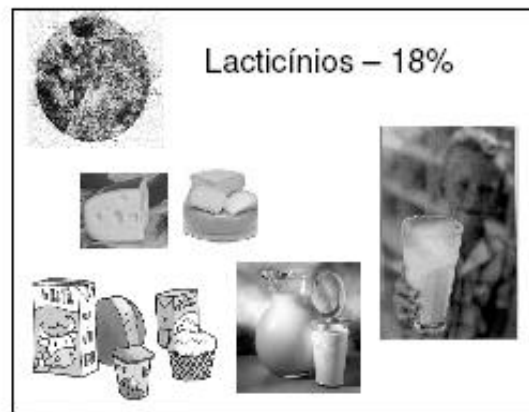
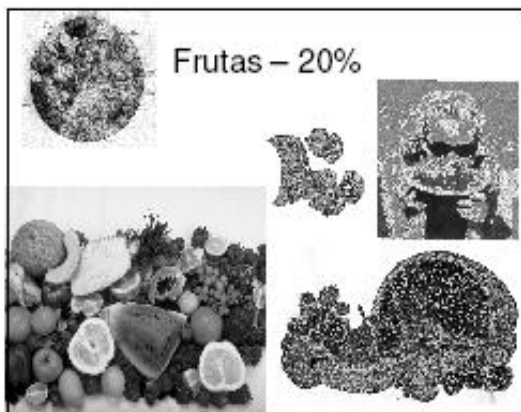
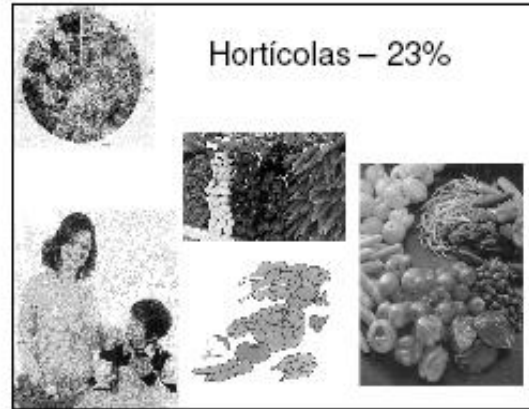


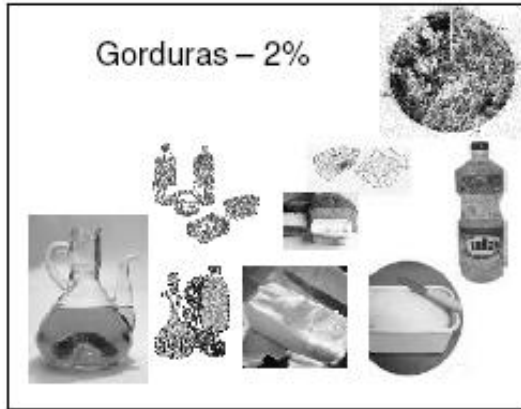
## A RODA dos ALIMENTOS

**ÁGUA - reguladora**

• Deve-se beber cerca de 1/5 a 2 litros de água por dia







Quantas refeições devemos fazer por dia?

• 5 a 6 refeições:

- Pequeno Almoço
- Meio da Manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar
- Ceia



## PEQUENO ALMOÇO



## LANCHES



## SOPA- Alimento Completo



## JANTAR

Devemos fazer sempre uma refeição leve e jantar 2 a 3 horas antes de dormir.



## Obesidade



## Obesidade



## HIPERTENSÃO/CORAÇÃO



## HIGIENE ALIMENTAR



## Cuidados a ter antes de comer:



- Lavar sempre as mãos antes de mexer nos alimentos e antes de comer;



## Cuidados a ter antes de comer:

- Lavar muito bem os alimentos com água antes de os cozinhar;



## HIGIENE



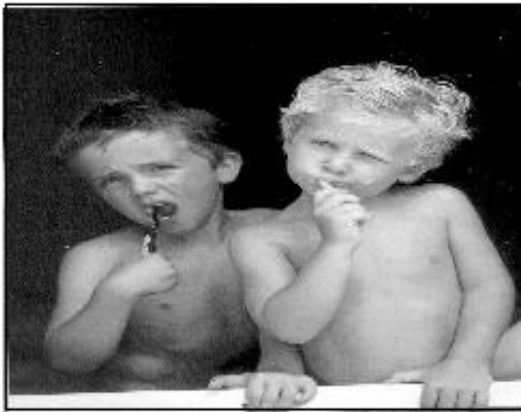
- Lavar as mãos com sabão

## HIGIENE



Depois de comer nunca  
esquecer de:

• Lavar os dentes.



## HIGIENE

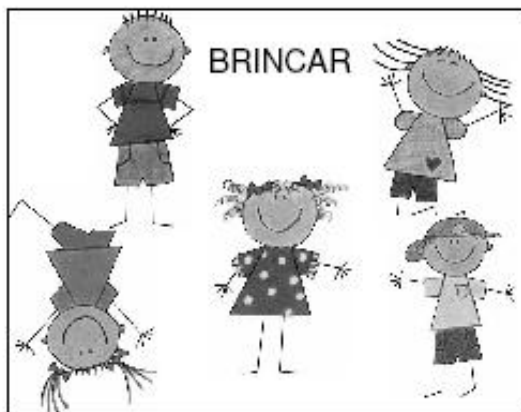
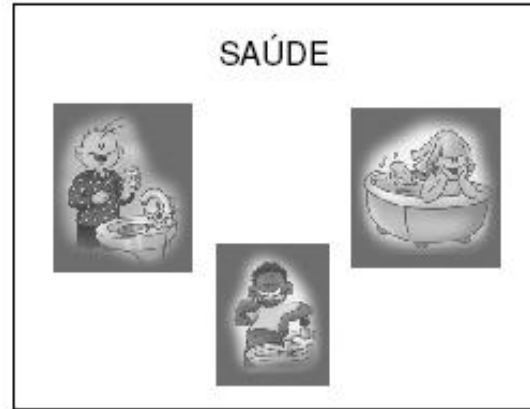


## O Banho



## O Banho





DESCANSAR

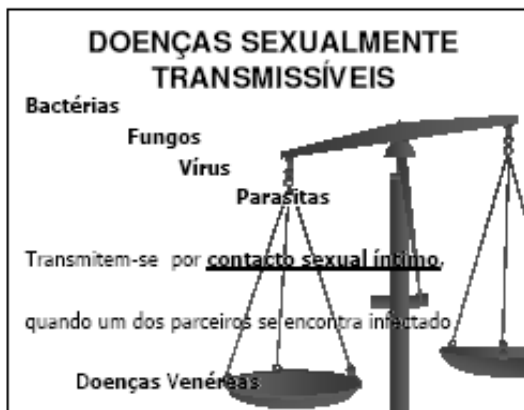
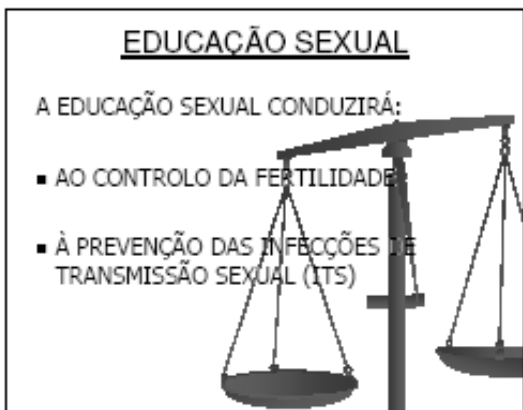
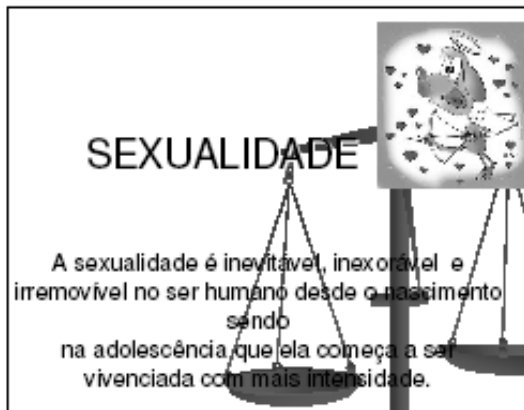
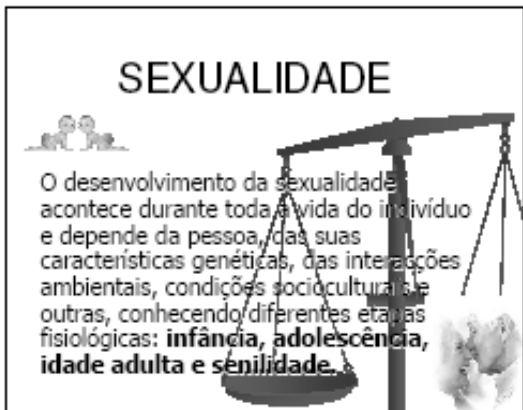
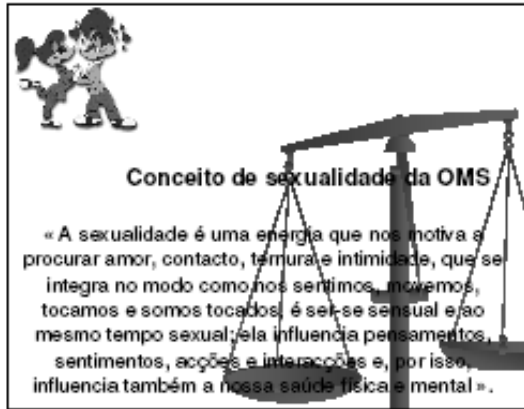




## **Anexo 17**

Apresentação de PowerPoint® “Doenças Sexualmente Transmissíveis”





### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sífilis

Hepatite B

SIDA

Candídiase

URETRITE E VULVOVAGINITE

Gonorreia

PEDICULOSE PÚBLICA (CHATOS)

Herpes genital

TRICOMONÍASE

### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

#### SINAIS - VISÍVEIS

- Ferida ou úlcera na vagina, ânus ou boca, que não dói, e que pode demorar mais de um mês a cicatrizar
- Secreção amarelada ou corrimento acinzentado, espesso, com cheiro a peixe ou picadas ao urinar, comichão, fluxo vaginal muito abundante

### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

#### SINTOMAS - QUEIXAS

- Ardor e comichão
- Pequenas hemorragias
- Irritação e gretas na zona da pele infectada.
- Dor ao urinar ou nas relações sexuais
- um corrimento esbranquiado cremoso ou aquoso.

### SÍFILIS

Bactéria *Treponema Pallidum*

Sífilis 1º grau

Sífilis 2º grau

### SÍFILIS

Bactéria *Treponema Pallidum*


#### PREVENÇÃO:

O preservativo é muito eficaz.

Fazer análises antes do casamento e durante a gravidez.

### CANDIDÍASE



Fungos *Candida albicans*



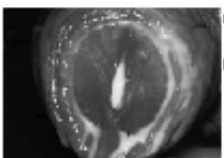
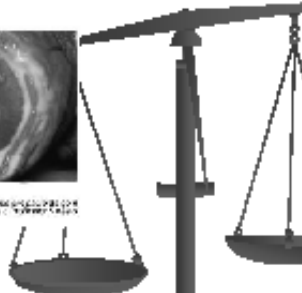

**CANDIDÍASE**  
Fungos *Candida albicans*

**PREVENÇÃO**

- UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO
- Abstinência sexual logo após o aparecimento da infecção e durante o tratamento.



**GONORREIA**  
Bactérias *Gonococos*.

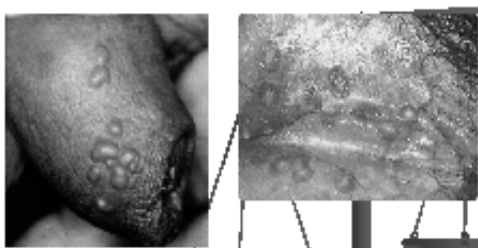
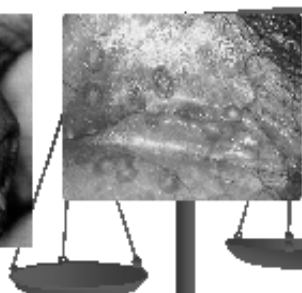

**GONORREIA**  
Bactérias *Gonococos*.

**PREVENÇÃO**

- É muito eficaz o uso do preservativo

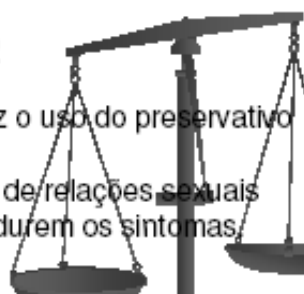

**HERPES GENITAIS**  
*Virus Herpes Simplex*

**HERPES GENITAIS**  
*Virus Herpes Simplex*

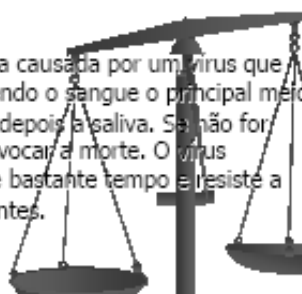
**PREVENÇÃO**

- É muito eficaz o uso do preservativo
- Abstenção de relações sexuais enquanto duram os sintomas.

**HEPATITE B**  
*Virus Herpes Simplex*


■ **O QUE É?**  
É uma doença causada por um vírus que ataca o fígado, sendo o sangue o principal meio de transmissão e depois a saliva. Se não for tratada, pode provocar a morte. O vírus sobrevive durante bastante tempo e resiste a alguns desinfetantes.



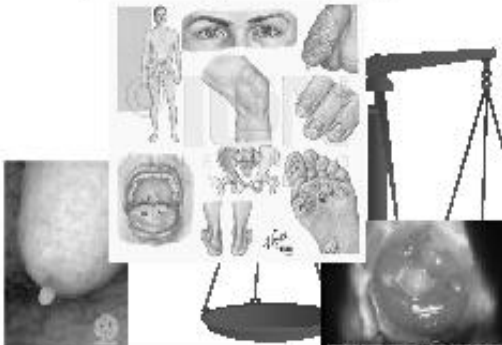
**HEPATITE B**  
Virus Herpes Simplex

**PREVENÇÃO**

É possível prevenir esta doença através da vacinação.




**Clamídia (Chlamydia)**




**Clamídia (bactéria Chlamydia)**

**PREVENÇÃO**

- É muito eficaz o uso do preservativo



**Verrugas Genitais ou condilomas**



**Virus do Papiloma Humano**

**Verrugas Genitais ou condilomas**

**PREVENÇÃO**


- É muito eficaz o uso do preservativo
- Vacina



**Verrugas Genitais ou condilomas**

- VACINAÇÃO 2009
- GARDASIL
- NASCIDOS EM 2001
  - EM 1996
  - EM 1995

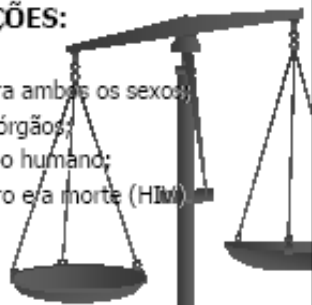
**Virus do Papiloma Humano - HPV**



## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### COMPLICAÇÕES:

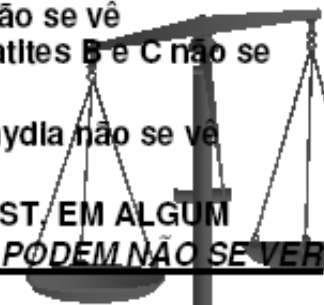
- Esterilidade para ambos os sexos;
- Afectar outros órgãos;
- Debilitar o corpo humano;
- Provocar cancro e a morte (HIV)



## O Visível e o Invisível

♂♀ O VIH não se vê  
 ♂♀ As Hepatites B e C não se vêem  
 ♀♂ A Chlamydia não se vê

TODAS AS IST, EM ALGUM MOMENTO, PODEM NÃO SE VER



## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



QUEM VÊ CARAS ... E CORPOS ...  
 NÃO VÊ CORAÇÕES ... NEM ISTO

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



É ISTO QUE EU QUERO?!!!!

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- Utilização do PRESERVATIVO



BEI ME QUEM  
 BEI ME QUEM  
 BEI ME QUEM

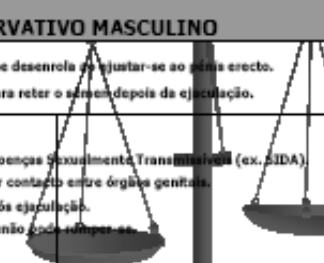


## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### PRESERVATIVO MASCULINO

Tubo de borracha fina que se desenrola e ajusta-se ao pénis erecto.  
 Tem uma pequena bolsa para reter o sêmen depois da ejaculação.

- ✓ Fácil de obter e usar.
- ✓ Protege contra as DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) (ex. SIDA).
- ✓ Colocar antes de qualquer contacto entre órgãos genitais.
- ✓ Deve ser retirado logo após ejaculação.
- ✓ Manusear com cuidado senão pode romper-se.

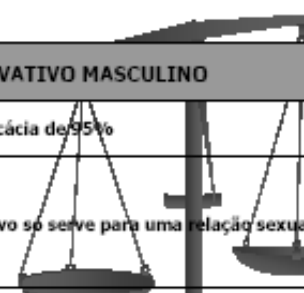


**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

**PRESERVATIVO MASCULINO**

Eficácia: tem uma eficácia de 95%

✓ Cada preservativo só serve para uma relação sexual.



**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**


**PRESERVATIVO MASCULINO**

**Vantagens**

- É de simples utilização e vende-se sem receita médica;
- Ausência de efeitos sobre o organismo;
- Protege das DST;

**Desvantagens**



- Pode provocar alergias;
- Podem ficar retidos no vagina por perda precoce da ereção ou rasgar durante o coito;
- Pode diminuir o prazer do acto sexual.



**COMO UTILIZAR O PRESERVATIVO**

Abre a embalagem com cuidado sem utilizar objectos cortantes

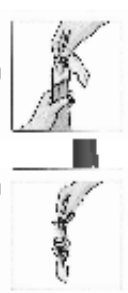
Coloca o preservativo com o pénis em erecção antes de qualquer contacto genital, retirando o ar do reservatório de espermia

**COMO UTILIZAR O PRESERVATIVO?**

Retira-o com cuidado a partir da extremidade aberta sem deixar derramar o espermia


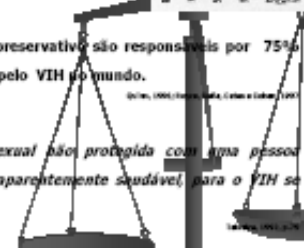
Deve ser fechado dando um nó antes de colocar no lixo




**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**


Relações sexuais sem preservativo são responsáveis por 75% de todas as infecções pelo VIH no mundo.

*"Basta uma relação sexual não protegida com uma pessoa infectada, mesmo que aparentemente saudável, para o VIH se poder transmitir."*

**FIM**

**Obrigada**



## **Anexo 18**

Apresentação de PowerPoint® “Saúde Oral”



# Higiene Oral

Elaborado por:  
Cláudia Martins  
Eliana Silva  
Joana Garrido

Braga  
2009

“Uma boca saudável na idade adulta depende dos cuidados que forem mantidos desde o berço.”



Portal da Saúde – Saúde Oral na Infância,  
Ministério da Saúde, 2006

## Como surgem as cáries e como evitá-las?

São provocadas pela exposição a produtos açucarados que permitem a adesão de bactérias à superfície dentária, nomeadamente o leite, as papas e sumos de fruta.

- Não deixe que a criança adormeça com o biberão na boca.
- Inicie a higiene oral logo após a erupção do primeiro dente do bebé, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.



## Como cuidar dos dentes?

- Ensine aos seus filhos bons hábitos alimentares e de higiene oral;
- Ajude-os a escovar os dentes duas vezes por dia;
- Leve-os a consultas regulares no dentista (Para garantir igualdade de acesso à medicina dentária, o Governo criou o programa de Saúde Oral de 2009 com a emissão de cheques dentista para as crianças com 7, 10 e 13 anos).

## Qual a escova de dentes ideal?

A escova:

- Deve ter tamanho adequado à boca que a utiliza (a embalagem usualmente refere a idade a que se destina);
- Os filamentos devem ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia;
- Deve ser substituída sempre que os filamentos ficarem deformados ou a cada 3-4 meses;
- A escova eléctrica requer os mesmos cuidados.



## Qual o dentífrico adequado?

- O dentífrico:
- Deve conter fluoreto numa dosagem de 1000 a 1500ppm (a dose está mencionada na embalagem);
- A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do dedo mindinho da mão da criança.
- Não se recomendam os dentífricos com sabores de forma a evitar que a criança o engula.



### Qual a técnica adequada para a escovagem dos dentes?

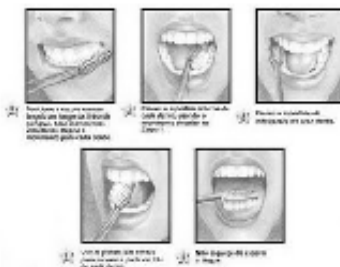
Uma escovagem eficaz elimina a placa bacteriana pelo que:

- Deve demorar 2 a 3 minutos;
- A escova deve estar inclinada em direcção à gengiva de forma a limpar o espaço entre o dente e a gengiva;
- Deve realizar movimentos vibratórios e circulares com a escova;
- Deve escovar 2 dentes de cada vez realizando 5 movimentos nas crianças até 6 anos e 10 movimentos nas restantes;

### Qual a técnica adequada para a escovagem dos dentes?

- Deve começar a escovagem na superfície do dente do lado da bochecha e no último molar e continuar até atingir o último molar do lado oposto;
- Seguir o mesmo procedimento na superfície do dente do lado da língua;
- Repetir nos dentes do outro maxilar;
- Escovar as superfícies mastigadoras dos dentes com movimentos de valvém;
- Escovar a Língua;
- Cuspir a espuma, não engolir nem bochechar.

### Qual a técnica adequada para a escovagem dos dentes?



### Devo fazer o bochecho fluoretado ao meu filho?

- O bochecho com fluoreto de sódio a 0,2% deve ser realizado quinzenalmente na escola a partir dos 6 anos.

### Devo utilizar suplementos de flúor?

- Não existe necessidade de realizar suplementos de flúor.

### Devo ensinar o meu filho a usar fio dentário?

- A partir dos 8 anos é indispensável o uso de fio dentário.



### Qual a técnica adequada para o uso do fio dentário?



- Retire cerca de 40 cm de fio;
- Enrole a quase totalidade no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão ou dê um nó de forma a unir as duas pontas não havendo necessidade de o enrolar entre os dedos;
- Introduza o fio entre os dentes em movimentos horizontais até à gengiva;
- Repetir em todos os espaços interdentários;
- Utilizar uma vez por dia preferencialmente à noite.

## Bibliografia

- Texto de Apoio ao Programa Nacional de Promoção da saúde Oral – Estratégias e técnicas de Educação e Promoção da Saúde – Direcção Geral da Saúde, 2005
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) - Relatório de Contratualização em Saúde Oral - Crianças e Jovens, 2007
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) - Videograma «A escovagem é importante! A escovagem é fixe!», 2008
- [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)- Higiene oral para prevenir



## **Anexo 19**

Apresentação de PowerPoint® “Prevenção de Acidentes na Infância”



# Prevenção de Acidentes na Infância



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

1

Os acidentes são a principal causa de mortalidade e morbilidade infantil.

As quedas são a principal causa de acidentes domésticos, logo seguindo-se os cortes, queimaduras e intoxicações.



A maioria dos acidentes é prevenível, identificando os riscos e adoptando medidas conscientes e preventivas, evitando-se desta forma o sofrimento e até a morte das nossas crianças.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

2

As crianças pequenas não sabem avaliar o perigo e imitam os adultos nos seus actos. Assim sendo, dê o melhor exemplo.

**É necessário adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida da criança.**

Cabe aos pais educar a criança, não basta proibir, é preciso que ela saiba identificar os perigos.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

3

## Evite os acidentes

### • Cuidados com a cama do seu filho:

- A cama tem de ser de grades, e o colchão deve estar firme e bem adaptado à cama;
- As grades devem ter no mínimo 60 cm de altura e a distância entre as barras deve ser inferior a 6 cm;
- Nunca coloque almofadas, brinquedos, ou outros objectos dentro da cama;
- Deite o bebé sempre de costas.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

4

## Evite os acidentes

### • No quarto...

- Nunca deixe o bebé sozinho em superfícies acima do chão, num instante ele rebola e pode cair. Quando precisar de trocar a fralda, por exemplo, certifique-se que tem tudo o que precisa à mão;
- Mantenha sempre uma mão sobre a criança enquanto a veste ou despe;
- O fraldário para o bebé deve ser estável e ter o rebordo elevado.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

5

## Evite os acidentes

### • No banho do seu filho...

- Antes de colocar o bebé na banheira verifique a temperatura da água;
- Para temperar a água comece sempre por deitar primeiro a água fria e só depois a água quente;
- Coloque um tapete anti-derrapante na banheira;
- Ao colocar o bebé na banheira a cabeça deve estar sempre no lado oposto às torneiras e nunca o deixe sozinho, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

6

## Evite os acidentes

- Na casa de banho...

- Os cremes, água de colónia e medicamentos que habitualmente usa para o bebé deverão estar sempre bem fechados e fora do seu alcance, mesmo quando está a vesti-lo ou a mudá-lo.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

7

## Evite acidentes

- Na casa de banho...

- Electricidade e água não combinam bem, todos os electrodomésticos e tomadas situados na casa-de-banho, devem ser objecto de mais cuidado;
- Desligue sempre os electrodomésticos da tomada, após a sua utilização.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

8

## Evite os acidentes

- Na cozinha

- Enquanto estiver a cozinhar coloque sempre as pegas dos tachos, panelas, ou frigideiras viradas para dentro;
- Nunca apague óleo em chamas com água, use um cobertor;



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

9

## Evite os acidentes

- Na cozinha...

- O bebé pode queimar-se gravemente na porta do forno, sobretudo quando começa a pôr-se de pé, a gatinhar ou a andar. São frequentes e graves as queimaduras da palma da mão quando o bebé se apóia;



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

10

## Evite os acidentes

- Na cozinha...

- Guarde facas e objectos cortantes em locais pouco acessíveis;
- Guarde bem os fósforos - as crianças não têm medo do fogo;
- Torradeiras, bules, garrafas térmicas e electrodomésticos devem ser mantidos longe do alcance das crianças.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

11

## Evite os acidentes

- Na escolha dos móveis...

- Evite móveis de vidro ou com tampo soltos;
- Todos os móveis ou prateleiras deverão estar bem fixos à parede;
- Proteja os cantos mais agressivos dos móveis;
- Evite quadros pesados no quarto da criança.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

12

## Evite os acidentes

### • Escadas...

- Devem ter um corrimão de apoio e o piso não deve ser escorregadio;
- Todas as escadas devem ter barreiras de protecção;
- Estas cancelas não devem ser escaláveis (a distância entre a trave inferior e a superior deve ser superior a 65 cm) e a distância entre prumos deve ser de 6,5 cm.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

13

## Evite acidentes

### • Por toda a casa...

- As tomadas devem estar colocadas a 1,50 m de altura, longe da cama ou da cómoda do bebé;
- As restantes deverão estar sempre protegidas com dispositivos bem adaptados, só possíveis de retirar com ferramentas;



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

14

## Evite os acidentes

### • Cuidados com medicamentos e produtos tóxicos

- Os medicamentos devem ser guardados fora do alcance das crianças, em lugares altos, de preferência em armários ou caixas bem fechadas;



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

15

## Evite os acidentes

### • Cuidados com medicamentos e produtos tóxicos

- Não misture medicamentos diferentes no mesmo frasco;
- Não guarde os medicamentos ou outros produtos tóxicos em frascos que não sejam os do próprio medicamento, pode enganar a criança e levá-la a pensar que se trata de bebida.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

16

## Evite os acidentes

### • Janelas

- Proteja as suas janelas com limitadores de abertura (abertura máxima de 10cm);

### • Varandas

- Verifique que a guarda de protecção tem no mínimo 110cm de altura e que não há hipótese de escalada;
- Guardas com travessas horizontais facilitam e convidam a criança a trepar enquanto as verticais dificultam. Não deve ser possível que a criança passe por baixo ou através da guarda;
- A distância entre os prumos não deverá ser superior a 10cm.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

17

## Evite os acidentes

### • Cuidados com armas

- Nunca guarde armas em casa, mas se as tiver guarde-as longe do alcance das crianças e nunca carregadas;
- Nunca deixe as munições junto à arma, guarde-as em locais inacessíveis à criança.



Claudia Martins, Elana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

18

## Evite os acidentes

- **Andarilhos – maior o perigo que o benefício para o bebé**

- Por ano estima-se que existam 650 acidentes relacionados com o andarilho;
- Acidentes mais frequentes:
  - Quedas por escadas;
  - Quedas em piscinas;
  - Embates com a cabeça;
  - Facilidade de acesso a fogões, mesas, fios eléctricos.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

19

## Evite os acidentes

- **Cuidados com a escolha dos brinquedos do seu filho:**

- Devem ser adequados à idade da criança;
- Confira nas etiquetas quais os materiais de que são feitos;
- Não devem ter arestas nem ser pontiagudos;
- Para crianças <3 anos devem ter um diâmetro >32 mm;



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

20

## Evite os acidentes

- **Escolha os brinquedos do seu filho**

- Antes de serem colocados no mercado, os brinquedos fabricados em conformidade com as exigências publicadas na **legislação europeia e portuguesa** devem ser munidos da marca **CE**. A marca CE destina-se a certificar que o brinquedo cumpre os requisitos essenciais de segurança.



- Procure brinquedos certificados com CE.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

21

## Evite os acidentes

- **Prevenir o risco de asfixia**

- A partir dos 4 meses tire todos os anéis e pulseiras aos seus filhos;
- Nas crianças mais velhas, não as deixe brincar sem supervisão com fios, colares largos, ou brinquedos com fios extensos;
- Os fios dos electrodomésticos devem estar amarrados;



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

22

## Evite os acidentes

- **Prevenir o risco de asfixia**

- Recorte e elimine as embalagens de fraldas ou outros sacos de plástico, antes de os deitar fora, para evitar o risco de asfixia.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

23

## Evite os acidentes

- **Cuidados na piscina, lagos, rios, na praia...**

- Nunca deixe a criança sozinha, nem por um minuto;
- Coloque braçadeiras (em águas paradas e pouco profundas) e coletes (águas agitadas e profundas) nas crianças;
- Na piscina de casa, ou tanque, coloque uma vedação ou tela de protecção;
- Ensine as suas crianças a nadar;
- Escolha praias e piscinas vigiadas.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

24

## Evite os acidentes

Andar de triciclo e bicicleta são actividades muito saudáveis e importantes para o desenvolvimento físico e motor da criança, no entanto, as quedas apresentam perigos reais.

Por isso ensine os seus filhos a usar equipamento de protecção:

- Capacete – reduz em 80% os TCE;
- Luvas, joelheiras e cotoveleiras – ajudam a evitar ferimentos e lesões nas articulações;
- A bicicleta deve ter luzes e reflectores e a criança deve usar roupa clara.



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

25

## Evite os acidentes

A criança deve viajar no carro sempre na cadeirinha.

- Cadeirinhas 0-18 Kg: usam cinto de 3 pontos, nunca podem ser colocadas num lugar com *airbag* frontal, e devem estar sempre voltadas para trás.



- Ensine as regras de trânsito ao seu filho.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

26



### • Números de telefones úteis:

- 112
- CIAV (Centro de Informação Anti-Venenos - tel: 808 250 143)
- Médico Pediatra
- Polícia
- Bombeiros
- Família
- O nº do seu vizinho



- E já agora não se esqueça ...  
...tenha um "kit" de primeiros socorros sempre à mão.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

27

- **Veja o Mundo pelos olhos da criança, reconheça o que as pode atrair e passe a pente fino cada divisão da casa.**
- **Preveja a imprevisibilidade dos comportamentos das crianças e evite os acidentes.**



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

28

## Conclusão

É praticamente impossível ter um local onde a criança não corra riscos.

No entanto, os acidentes podem ser evitados se tivermos consciência dos riscos que as crianças correm e com pequenas adaptações em nossas casas.

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

29

## Questões



Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

30

Obrigado pela vossa  
presença



[www.katharina.com.br](http://www.katharina.com.br)

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

21

## BIBLIOGRAFIA

- [www.apsi.com](http://www.apsi.com)

Claudia Martins, Eliana Silva;  
Joana Garrido - Pediatra Crianças

22

## **Anexo 20**

Folheto “Gripe A (H1N1)”



#### COMO SE PODE PROTEGER A SI E A OS OUTROS



Se sempre que tossir ou espirrar Deite no coto do lenço os  
tape o nariz e a boca com um lenços de papel usados  
lenço de papel.



Lave frequentemente as Se não tiver as mãos  
mãos com água e sabão, lavadas, evite mexer nos  
olhos, no nariz e na boca



#### Se tiver sintomas de Gripe...



Fique e em casa, não vá trabalhar, Guarde uma distância de,  
nem à escola e evite locais com pelo menos, 1 metro, quando  
muitas pessoas. falar com outras pessoas



Ligue para a Linha Evite cumprimentar com abraços,  
Saúde 24 (808 242424). beijos ou aertos de mão.



Se apresentar sintomas de Gripe  
deve permanecer em casa,  
ligar para a **Linha Saúde 24:**

**808 24 24 24**

e seguir as instruções que lhe  
forem dadas.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.  
(Vila Nova de Famalicão)

Serviço de Urgência Pediátrica

# GRUPE A (H1N1)



## Tudo o que Necessita Saber!

### O que é a Gripe A?

- A Gripe A é uma gripe humana provocada pelo novo vírus da Gripe A (H1N1).



### Quais os sintomas da Gripe A?

- ✓ Febre de início súbito (superior a 38°C)
- ✓ Tosse;
- ✓ Dor de garganta;
- ✓ Pingos do nariz;
- ✓ Dor de cabeça;
- ✓ Arrepios;
- ✓ Dores musculares;
- ✓ Fadiga;
- ✓ Dificuldade respiratória;
- ✓ Por vezes, vómitos e/ou diarreia.



### Como se transmite a Gripe A?

- O vírus da Gripe A transmite-se pelo ar de pessoa para pessoa através das gotículas que são naturalmente projectadas quando alguém fala, tosse ou espirra. O contágio pode também ocorrer através do contacto com superfícies contaminadas (maçanetas das portas, torneiras, superfícies de utilização pública, etc.)



### PREVENÇÃO PRIMÁRIA – VACINAÇÃO:

#### Objetivos:

- Proteger os cidadãos mais vulneráveis, de modo a reduzir a morbilidade e a mortalidade;
- Assegurar a continuidade dos serviços fundamentais;
- Reduzir a transmissão e a velocidade de expansão da



doença.

### Indicações

- Crianças com idade igual ou superior a 6 meses;
- Grávidas com tempo de gestação superior a 12 semanas;
- Mulheres que amamentam;
- Pessoas com critérios de inclusão nos grupos-alvo.



### Contra-indicações:

- Crianças com idade inferior a 6 meses;
- Pessoas com diagnóstico prévio de Gripe A (H1N1), com confirmação laboratorial, uma vez que já existe imunidade natural contra a mesma estirpe do vírus;
- Pessoas com história anterior de hipersensibilidade ou reação anafiláctica a qualquer dos constituintes ou resíduos da vacina (incluindo o ovo).



A vacina administra-se exclusivamente por via intramuscular:

- Crianças com idade inferior a 12 meses – região anterolateral da coxa esquerda;
- Crianças com idade igual ou superior a 12 meses – no músculo deltoide do braço esquerdo.



A vacina deve ser armazenada no frigorífico, entre 2 e 8°C, não podendo sofrer congelação, e mantida na embalagem original, para e star protegida da luz.



### PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TRATAMENTO:

#### TERAPÉUTICA



Comprimidos



Suspensão Oral

#### Cuidados com a Suspensão Oral

- Deve ser conservada no frigorífico, entre 2 e 8°C;
- Pode ser administrada com ou sem alimentos, embora se recomende a sua ingestão com alimentos para diminuir a probabilidade de náuseas ou vómitos;
- Também pode ser administrado com água.

A terapêutica pode ser utilizado na prevenção da gripe, após contacto com alguém infectado (como, por exemplo, familiares) e no seu tratamento, quando existe sintomatologia.

A dose habitual para o tratamento da gripe na criança depende do seu peso corporal. Se a criança manifestar sintomas da doença deve:

- Ser observada por um pediatra e ingerir a terapêutica cumprindo a dose e o horário prescritos;
- Ficar em casa, em isolamento para evitar a propagação do vírus logo, não deve ir à escola ou ao infantiário;
- Ingerir líquidos para evitar a desidratação;
- Ter uma alimentação saudável e diversificada mas, o apetite da criança deve ser respeitado;
- Dormir bem, com regulares períodos de sono e repouso.

## **Anexo 21**

Folheto “O Recém-nascido Prematuro”



No que se refere ao seu aspecto físico, destacam-se as seguintes principais características:



- Tamanho pequeno;
- Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, brilhante e rosada por vezes coberta por lanugo (penugem fina);
- Vasos sanguíneos bem visíveis sob a pele;
- Pouca gordura sob a pele;
- Pouco cabelo;
- Orelhas finas e moles;
- Cabeça grande e desproporcionada relativamente ao resto do corpo;
- Músculos fracos e actividade motora reduzida;
- Reflexos de sucção e de deglutição fracos ou inexistentes;
- Respiração irregular;
- Nas meninas, os genitais têm um aspecto algo estranho porque os grandes lábios não cobrem os pequenos lábios;
- Nos meninos, é provável que os testículos não tenham ainda descido para o escroto.



Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.  
(Viana do Castelo)

Unidade de Neonatologia

## O RECÉM-NASCIDO PREMATURO



### FONTES

- ▶ **Nascer prematuro: um manual para os pais dos bebés prematuros.** Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007. ISBN 978-989-20-0952-0
- ▶ [www.nascerprematuro.org](http://www.nascerprematuro.org)

**Tudo o que Necessita Saber!**

### O que é um Prematuro?

A duração de uma gravidez é considerada normal, quando o parto se produz entre a 37ª e a 42ª semanas de gestação. Quando os bebés nascem antes das 37 semanas estamos perante um bebé prematuro ou também denominado de pré-termo.



O bebé prematuro caracteriza-se pela inaturidade do seu organismo, tornando-o mais vulnerável e, também, mais sensível a determinados factores externos, tais como, a luz e o ruído. Necessita, assim, de cuidados redobrados, uma vez que não teve a oportunidade de completar todo o processo de maturação biológico, dentro do útero da mãe.

Os bebés prematuros não têm ainda formadas as camadas de gordura que são armazenadas no final da gravidez logo, a pele é mais fina, os vasos sanguíneos bem visíveis. Porém, facilmente perdem calor pelo que torna-se necessária, numa fase inicial, a utilização de uma incubadora e o controlo da sua temperatura corporal.



O sentido do tacto é um dos primeiros a amadurecer nos prematuros por isso, quando a situação clínica o permite, torna-se benéfico para o bebé o contacto pele-a-pele com a mãe ou com o pai através do Método Canguru, o qual permite o contacto directo com os pais, o fortalecimento dos laços afectivos e do sentimento de segurança do bebé, bem como, um efeito benéfico no seu estado clínico e desenvolvimento.



O bebé prematuro, com peso inferior a 2500g, geralmente está mais propenso a desenvolver problemas de saúde visto não apresentar o desenvolvimento suficiente dos órgãos, sendo o aparelho respiratório uma das partes dos organismo afectada, podendo originar a chamada dificuldade respiratória. Para compensar esta dificuldade que o bebé apresenta pode ser necessário o fornecimento de oxigénio, bem como, a utilização de aparelhos apropriados para essas situações.



Devido à imaturidade do fígado do bebé prematuro corre com muita frequência a **icterícia da Prematuridade** que diz respeito à presença de cor amarela na pele do bebé que é causada pelo excesso de bilirrubina no sangue. A bilirrubina é um pigmento amarelo, gerado pelo metabolismo das células vermelhas do sangue. O bebé prematuro fica icterico quando a formação de bilirrubina é maior do que a capacidade do seu fígado de metabolizá-la. A icterícia manifesta-se 48 a 72 horas após o nascimento.



Dependendo da idade de gestação em que nasce, o bebé prematuro poderá necessitar de ser alimentado através das suas veias por soluções e especialmente concebidas para o efeito e, logo que esteja estabilizado, será alimentado com leite através de sonda, pela boca ou colocado ao seio materno, sempre que possível.



## **Anexo 22**

Folha de Divulgação da Acção de Formação em Serviço “Suporte Básico de Vida  
Pediátrico”



**CENTRO DE SAÚDE DE VILA VERDE – SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

**CENTRO DE SAÚDE DE VILA VERDE – SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

<b>ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:</b>	<b>SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO</b>
<b>PARTICIPANTES DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros do Centro de Saúde de Vila Verde
<b>DATA e HORA:</b>	<b>28/05/2009 das 11.30h as 12.30h</b>
<b>DURAÇÃO:</b>	<b>60 Minutos</b>
<b>LOCAL:</b>	Sala de reuniões do CS de Vila Verde
<b>PRELECTORES:</b>	<b>Enfª Cláudia Maria Melo Martins (em estagio da especialidade de SI)</b>

**SUMÁRIO DA PRELECCÃO:**

- Anatomia e Fisiologia da criança;
- Adjuvantes da via aérea;
- Algoritmo do suporte Básico de Vida do Recém-nascido e pediátrico;
- A criança sufocada.

**OBJECTIVOS:**

- Compreender a abordagem estruturada do suporte básico de vida pediátrico;
- Aprender a sequência do suporte básico de vida do recém-nascido e pediátrico.

A Responsável pela Formação em Serviço

Anabela Alves

**DATA: 08/05/2009**



## **Anexo 23**

Pré-teste para Avaliação de Conhecimentos



## Suporte Básico de Vida Pediátrico

### Avaliação de Conhecimentos Adquiridos

Horário: 11:30 às 12:30 horas

Data: 28/5/2009

Nome do Formando: \_\_\_\_\_

Pontuação: \_\_\_\_\_

-----  
Leia com atenção e resolva o questionário que se segue. As questões têm igual pontuação.

#### 1 – Relativamente ao Recém-Nascido (RN), é verdadeiro ou falso:

- \_\_\_ O período neonatal é aquele que decorre desde o nascimento até aos 28 dias de vida.
- \_\_\_ O RN tem parâmetros vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória) diferentes dos do adulto.
- \_\_\_ A postura normal do RN é em extensão e com movimentos espontâneos.
- \_\_\_ Um RN que não apresenta gemido não tem dificuldade respiratória.
- \_\_\_ Frequência respiratória de 60 cpm é normal no RN.
- \_\_\_ O adejo nasal é normal no RN.

#### 2 – Relativamente aos adjuvantes da via aérea, assinale se é verdadeiro ou falso:

- \_\_\_ Para determinar o tamanho da via aérea orofaríngea (tubo de guedell) mede-se do ângulo da boca ao centro da mandíbula.
- \_\_\_ Numa criança com idade inferior a 8 anos a via aérea orofaríngea insere-se com a convexidade para cima.
- \_\_\_ A via aérea orofaríngea está indicada para crianças conscientes.
- \_\_\_ Uma via orofaríngea está contra-indicada quando há suspeita de traumatismo da base do crânio.
- \_\_\_ Uma via nasofaríngea deve chegar da ponta do nariz ao tragus da orelha.

**3 – Relativamente ao algoritmo do Suporte Básico de Vida do RN, assinale se é verdadeiro ou falso:**

- O RN tem tendência natural para a flexão da cabeça.
- A respiração irregular continuada é normal no RN, e por isso, não requer suporte ventilatório.
- Deve-se administrar oxigénio à face se o RN respira mas, está cianosado.
- Após desobstrução da via aérea, se o RN não respira, fazem-se 2 insuflações, verificando a sua eficácia.
- A eficácia da ventilação verifica-se através da expansão torácica.
- Se a ventilação não é eficaz rever a via aérea (posicionamento, aspiração) e nunca passar à avaliação do pulso sem obter eficácia na ventilação.
- O tamanho da máscara para o RN é único.
- A avaliação do pulso (circulação) no RN deve ser feita durante 10 segundos na artéria carótida.
- Se for avaliado um pulso de 50 bpm não é necessário iniciar compressões torácicas.
- As compressões torácicas num RN realizam-se comprimindo o esterno na linha intermamilar.
- Na reanimação cardiorrespiratória com 1 só reanimador pode-se fazer compressões torácicas com a técnica do abraçar.
- Cada compressão deve deprimir o esterno a uma profundidade de 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax.
- Na reanimação cardiorrespiratória do RN fazem-se 5 compressões torácicas para 2 insuflações.
- Se não dispomos de auto-insuflador e o RN não respira, inicia-se respiração boca – boca.
- Um minuto após reanimação cardiorrespiratória, se não chega ajuda, voltar a chamar.
- Parar a reanimação se não chegou ajuda em 30 minutos.

**4 – Relativamente ao Suporte Básico de Vida do Lactente e da Criança, assinale se é verdadeiro ou falso:**

- A abertura da via aérea no lactente é com extensão da cabeça devido à queda da língua.
- A sequência correcta do algoritmo é: avaliar as condições de segurança; avaliar o estado de consciência; pedir ajuda; abertura da via aérea; avaliar a respiração; avaliar a circulação; compressões torácicas.

\_\_\_É essencial que o reanimador não se torne vítima, assim como, logo que possível, deve retirar a vítima do local se esta se encontra em perigo.

\_\_\_A avaliação do estado de consciência pode ser rapidamente avaliado com a estimulação verbal e táctil suave.

\_\_\_Se a criança não responde deve-se chamar ajuda.

\_\_\_A avaliação da respiração deve ser realizada em 1 minuto.

\_\_\_Num lactente, o local correcto para a compressão torácica é um dedo acima da apófise xifóide.

\_\_\_Se não há sinais de circulação deve-se efectuar 30 compressões torácicas.

\_\_\_Num lactente, a carótida é facilmente palpável.

\_\_\_Após 1 minuto de suporte básico de vida pode-se abandonar a vítima para chamar ajuda especializada.

\_\_\_O posicionamento da vítima é muitas vezes suficiente para a abertura da via aérea.

\_\_\_Na criança a boca do reanimador deve abranger a boca e o nariz de forma a causar ventilações eficazes.

\_\_\_A avaliação da circulação na criança faz-se durante 12 segundos no pulso carotídeo.

\_\_\_Se não há pulso, deve-se iniciar as compressões torácicas no ritmo de 120/min.

\_\_\_Se a criança não responde, é importante a verificação do pulso de imediato.

##### **5 – Relativamente à obstrução respiratória alta, assinale se é verdadeiro ou falso:**

\_\_\_Nos lactentes, deve-se efectuar pancadas no dorso e, se não há saída do corpo estranho, fazer compressões abdominais.

\_\_\_As manobras de desobstrução da via aérea são iguais para todos os grupos etários.

\_\_\_Se de início súbito, é geralmente devido à aspiração de corpo estranho.

\_\_\_Se há visualização de corpo estranho deve-se tentar retirar da via aérea, apenas com uma tentativa.

\_\_\_É menos provável nas crianças pequenas devido ao grande diâmetro das vias aéreas superiores.

\_\_\_Se criança inconsciente, é necessário colocar na posição lateral de segurança.

\_\_\_A obstrução alta da via aérea é muitas vezes acompanhada com tosse, sialorreia e estridor.

\_\_\_Se a criança está consciente deve-se iniciar manobras de desobstrução da via aérea.

**BOA SORTE!**



## **Anexo 24**

Apresentação de PowerPoint® “Suporte Básico de Vida Pediátrico”



## SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

## Suporte Básico de Vida

### Objetivos

- Compreender a abordagem estruturada do suporte básico de vida (SBV) pediátrico;
- Aprender a sequência do SBV do recém-nascido e pediátrico.

## Suporte Básico de Vida

- As situações em que a criança está mais vezes em risco acontecem em casa, água e via pública;
- O êxito da reanimação depende do êxito em estabelecer rapidamente a oxigenação e a circulação;
- Todo o profissional de saúde deve iniciar o SBV logo após a confirmação de paragem cardiorespiratória.

## Suporte Básico de Vida

### Grupos etários

- Recém nascido – desde o nascimento até aos 28 dias
- Lactentes – até 1 ano de idade (excepto RN)
- Criança – depois do ano de idade (até a puberdade)

## Anatomia e Fisiologia da Criança

### Via Aérea:

- Cabeça grande
- Pescoço curto  
(lactente: tendência natural para pescoço flectido)
- Face pequena
- Mandíbula pequena

## Anatomia e Fisiologia da Criança

### Via Aérea:

- Língua grande;
- Dentes de fixação fracos;
- Narinas estreitas;
- Laringe mais alta e anterior;
- Respiração nasal.



## Anatomia e Fisiologia da Criança

### Respiração:

- vias aéreas de menor calibre;
  - > resistência ao fluxo de ar, mais fácil oclusão
- menos alvéolos e menores;
- diafragma pequeno mas mais usado;
- músculos intercostais pouco desenvolvidos.

## Anatomia e Fisiologia da Criança

### Respiração:

Idade (anos)	Frequência respiratória (ciclos/mín)
< 1	30 - 40
1 - 2	25 - 35
2 - 5	25 - 30
5 - 12	20 - 25
> 12	15 - 20

## Anatomia e Fisiologia da Criança

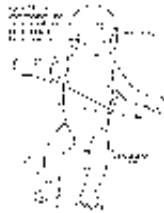
### • Respiração do Recém-nascido

#### > Respiração Normal:

- > Sem esforço, movimentos tóricos simétricos;

#### > Sinais de Dificuldade Respiratória:

gemido, tiragem, adejo nasal, polipneia.



## Adjuvantes da Via Aérea

### Adjuvantes Simples

Via aérea orofaríngea (tubo de Guedell)



- TAMANHO  
Centro da boca a ângulo da mandíbula
- INSERÇÃO  
Depressão da língua (<8 anos converte-se para cima)

### Via Aérea Orofaringea

Indicação



- Na criança inconsciente
- Via aérea não adequadamente aberta durante a ventilação com máscara e insuflador manual



### Adjuvantes Simples Via aérea nasofaríngea

- **TAMANHO**  
Comprimento - ponta do nariz ao tragus da orelha  
Diâmetro - dedo mínimo ou narina
- **INSERÇÃO**  
Lubrificar  
Dirigir posteriormente  
Rodar delicadamente



### Via Aérea Nasofaríngea

- Pode ser usado na criança consciente
- **Contraindicado:**
  - Fracturas da base do crânio
  - Coagulopatias

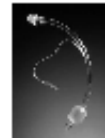
### Máscara Laringea

- Dispositivo supra-glótico;
- Pode ser usado na fase inicial se dificuldade em intubar e ventilar;
- Útil quando há obstrução da via aérea superior;
- Não protege a via aérea (aspiração).



### Intubação Traqueal

- Oral vs nasal
- Tubo com "cuff" vs tubo sem "cuff"
- Protege os pulmões da aspiração, previne distensão gástrica



### Intubação Traqueal

- **ADMINISTRAR** anestésicos, analgésicos, bloqueadores neuromusculares se criança consciente (diminui traumatismos e intubações falhadas);
- Em paragem cardiorespiratória efectiva = intubação rápida sem medicação prévia.

## ALGORITMO DO SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO



**Suporte Básico de Vida**  
Prioridade

• Avaliar as **CONDIÇÕES DE SEGURANÇA**  
(ausência de perigo para o reanimador e para a criança)



18  
19

**Suporte Básico de Vida**  
Avaliar o estado de consciência

• **RN que está bem:**

- Bom aspecto geral;
- Movimentos harmoniosos;
- Confortável.

• **RN que não parece bem:**

- Alteração da cor, do tônus, da postura,...



20  
21

**Suporte Básico de Vida**  
Avaliar o estado de consciência (Estás bem?)

• Abertura dos olhos

• Choro

• Movimento



Se suspeita de lesão cervical manipular com cuidado

22  
23

**Suporte Básico de Vida**  
Se a criança responde

• Colocar na *posição lateral de segurança (PLS)*;

• Verificar estado de consciência.



24  
25

**Suporte Básico de Vida**  
Se a criança não responde

• **PEDIR AJUDA**



26  
27

**Suporte Básico de Vida**  
Prioridades

*A*irway

*B*reathing

*C*irculation

28  
29

Suporte Básico de Vida



# Airway

(VIA AÉREA)

BR/2009    25

Suporte Básico de Vida

Se o RN/criança não responde

- Proceder à abertura da via aérea (*Airway*)



BR/2009    26

Abertura das Vias Aéreas

Posição e Abertura



- RN/LACTENTE  
Posição Neutra, com elevação do queixo
- Aspiração suave de secreções, se necessário (1<sup>o</sup> a boca e de seguida o nariz).




BR/2009    27

Abertura das Vias Aéreas

Posição e Abertura


- Posição neutra da cabeça





BR/2009    28

Abertura das Vias Aéreas

Posição e Abertura



- CRIANÇA - "Fungadoe"  
(ligeira inclinação da cabeça com elevação do queixo)






BR/2009    29

Abertura das Vias Aéreas

Se dificuldade em manter abertura

Protrusão da Mandíbula (traumatismo)

BR/2009    30

Suporte Básico de Vida

**Breathing**  
(VENTILAÇÃO)



22

Suporte Básico de Vida

Avaliar via aérea e respiração "VOS" (Breathing)

- VER  
expansão torácica
- OUVIR  
ruído respiratório
- SENTIR  
ar expirado

**TUDO EM 10 SEGUNDOS**






23

Suporte Básico de Vida

Se o RN respira

- Verificar eficácia da respiração;
- Administrar O<sub>2</sub> à face, se cianose;
- Vigiar RN.





24

Suporte Básico de Vida

Se o RN não respira



- Fazer 5 insuflações
  - Boca - nariz boca (ar expirado)
  - Ventilação com auto-insuflador manual (Ambú)
- Verificar eficácia (expansão torácica)




25

Insuflações

Posição da boca do reanimador, RN/lactente

26

Insuflações

Posição da boca do reanimador, RN/lactente





27

### Suporte Básico de Vida

Se o RN não respira

- Ventilação com Auto-insuflador manual (Ambú)
  - Equipamento:
    - ◊ Balão de ambú
    - ◊ Reservatório de O<sub>2</sub>
    - ◊ Máscara facial (tamanho adequado, boa adaptação)



### Suporte Básico de Vida

Se o RN não respira

- Se não eficácia das insuflações:
  - Verificar posicionamento;
  - Verificar se é necessário aspirar;
  - Se não eficaz passar ao 'C'.



### Suporte Básico de Vida

Se a criança respira

- Colocar na posição lateral de segurança (PLS);
- Verificar eficácia da respiração;
- Verificar estado de consciência.



### Suporte Básico de Vida

Se a criança não respira ou respiração não eficaz

- Remoção de corpos estranhos se visível
- Efetuar 5 insuflações (boca-boca)
- Verificar eficácia

### Insuflações


Posição da boca do reanimador, Criança



### Insuflações (5 insuflações)

Técnica

- Lentas
- Pouca pressão
- Avaliar pela expansão torácica



**Suporte Básico de Vida**  
Se não eficácia das insuflações

- Verificar posicionamento;
- Remover coepo estranho visível (1 tentativa);
- Abertura da via aérea com protrusão da mandíbula.



42 43

**Suporte Básico de Vida**

# Circulation

(CIRCULAÇÃO)

44 45

**Suporte Básico de Vida**  
Averiguar a Circulação

- Sinais de circulação:
  - Respiração;
  - Tosse;
  - Movimentos espontâneos
- Verificar pulsos

**EM 10 SEGUNDOS**

46 47

**Averiguar a Circulação**  
Pulsos

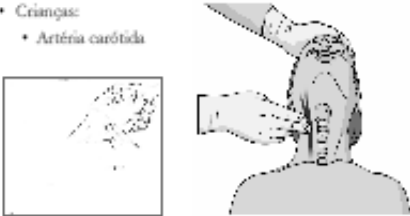
- RN/Lactentes:
  - Artéria braquial
  - Artéria femoral



48 49

**Averiguar a Circulação**  
Pulso

- Crianças:
  - Artéria carótida



50 51

**Ausência de Sinais Circulatorios**

- Sem pulso
- Pulso inadequado (<60 bpm com sinais de má perfusão como palidez, ausência de resposta ou diminuição do tônus muscular)
- Ausência de sinais de circulação (respiração, tosse ou movimentos espontâneos)



**Iniciar Compressões Torácicas**

52 53

### Compressão Torácica RN/Lactente

TÉCNICA DOS 2 DEDOS – 1 REANIMADOR

- Um dedo abaixo da linha intermamilar
- Usar 2 dedos

O traço inferior do esterno é compressão a uma profundidade de 1/3 da distância anteroposterior do tórax

### Compressão Torácica RN/Lactente

- Compressão Torácica: Técnica dos 2 Dedos



### Compressão Torácica RN/Lactente

TÉCNICA DE ABRAÇAR – 2 REANIMADORES


- Um dedo abaixo da linha intermamilar
- Técnica de abraçar




O traço inferior do esterno é compressão a uma profundidade de 1/3 da distância anteroposterior do tórax

### Compressão Torácica RN/Lactente

- Compressão Torácica: Técnica de Abraçar




### Compressão Torácica – Criança

- 1/3 inferior do esterno
- Usar 1 ou 2 mãos



### Compressão Torácica – Criança



### Frequência de Ciclos RCP

Frequência de ciclos RCP no RN:
 

- 3 compressões : 1 insuflação

Frequência de ciclos RCP na criança:
 

- 15 compressões : 2 insuflações
- Se apenas 1 reanimador
- 30 compressões : 2 insuflações

Frequência das compressões deve ser em qualquer idade de 100 comp./min

### Algoritmo do SBV do RN

```

    graph TD
      Start[SBV não está bem] --> Step1[Pedir ajuda]
      Step1 --> Step2[A Abertura da Via Aérea]
      Step2 --> Step3[B Ver, Ouvir e Sentir]
      Step3 -- Interromper --> Step2
      Step3 --> Step4[5 insuflações]
      Step4 --> Step5[C Verificar pulso]
      Step5 -- Interromper --> Step4
      Step5 --> Step6[RCP durante 1 minuto]
      Step6 --> Step7[Chamar U2]
  
```

### Algoritmo do SBV do Lactente/ Criança

```

    graph TD
      Start[Não responde] --> Step1[Pedir ajuda]
      Step1 --> Step2[A Abertura da Via Aérea]
      Step2 --> Step3[B Ver, Ouvir e Sentir]
      Step3 -- Interromper --> Step2
      Step3 --> Step4[5 insuflações]
      Step4 --> Step5[C Verificar pulso]
      Step5 -- Interromper --> Step4
      Step5 --> Step6[RCP durante 1 minuto]
      Step6 --> Step7[Chamar U2]
  
```

### NÃO INTERROMPER O SBVP

- Até que chegue ajuda diferenciada
- Até que o RN/a criança mostre sinais de recuperação da circulação e ventilação
- Até à exaustão do reanimador

## Suporte Básico de Vida

### A Criança Sufocada

### Criança Sufocada – Obstrução da Via Aérea

- A aspiração de corpo estranho ocorre em idade pré-escolar
- Início súbito de dificuldade respiratória
- Tosse
- Engasgamento e estridor
- Sialorreia
  - História recente de brincar com objectos pequenos ou engasgamento com a comida

### Criança Sufocada

**Tosse Ineficaz**  
 A criança não consegue falar  
 Tosse "abafada"  
 Incapaz de respirar  
 Cianose  
 Nível de consciência diminuído


**Tosse Eficaz**  
 A criança chora, responde calmamente às perguntas  
 Tosse forte, entoadada  
 Capaz de respirar antes dos acessos de tosse  
 Criança consciente

51

### Criança Sufocada

Se a criança tosse eficazmente:

- Não é necessário manobras
- Estimular a tosse
- Monitorizar continuamente



52

### Criança Sufocada

Se a criança está consciente mas tosse ineficaz

- PEDIR AJUDA
- Iniciar pancadas nas costas (até 5 X)  
 Se não expulsão do corpo estranho
  - Δ Compressões torácicas no lactente
  - Δ Compressões abdominais na criança

53

### Criança Sufocada

Se a criança está inconsciente

- PEDIR AJUDA
- Verificar se visível corpo estranho (tentar retirar)
- Abertura da via aérea (posicionamento)
- 5 insuflações
- Iniciar RCP – sem verificação da circulação (durante 1 minuto)

54

### Pancadas nas Costas no Lactente

Cabeça para baixo  
 Até 5 pancadas interescapulares



55

### Compressões Torácicas no Lactente (até 5 Comp.)



56

## Pancadas nas Costas (criança >1 ano)

- Colocar a criança com a cabeça para baixo
- Criança pequena deitada no colo do resuscitador
- Criança maior inclinar para a frente e aplicar as pancadas



BR/2006 NPT/2006/01 27 27

## A Criança Sufocada

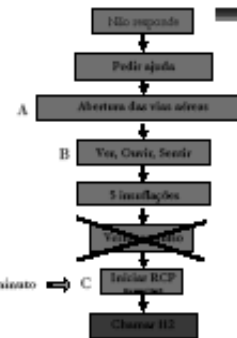
- Δ Com estas manobras pretende-se aumentar subitamente a pressão intra-torácica, de forma a que a obstrução da via aérea seja resolvida;
- Δ É fundamental que se observe entre as manobras, se há algo na boca possível de ser retirado.

BR/2006 NPT/2006/01 28 28

## Suporte Básico de Vida Algoritmo da Sufocação



BR/2006 NPT/2006/01 29 29



BR/2006 NPT/2006/01 30 30



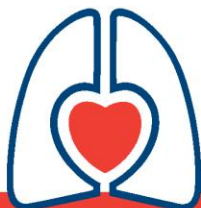
OBRIGADA  
PELA VOSSA PRESENÇA

BR/2006 NPT/2006/01 31 31

## **Anexo 25**

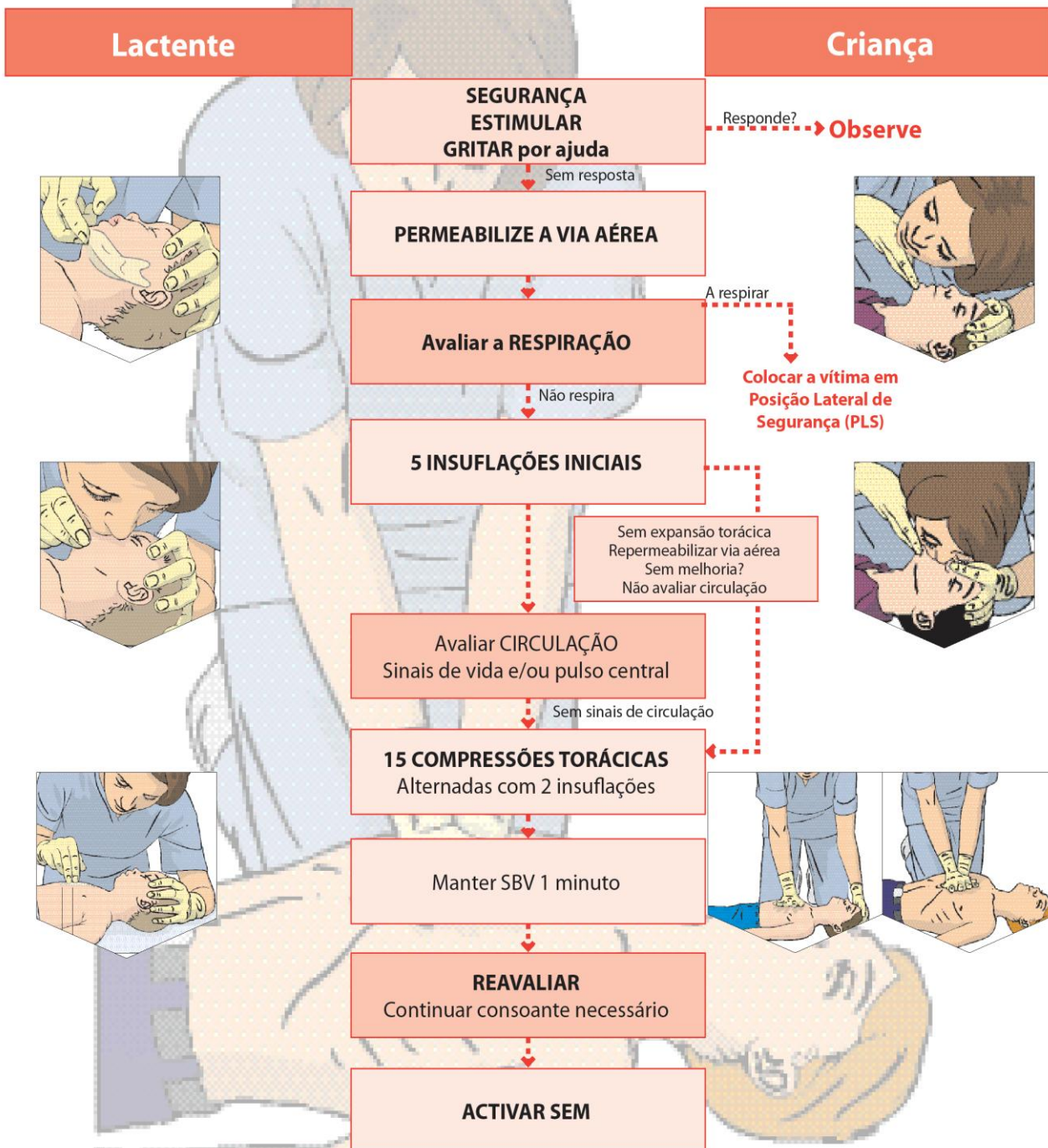
Folheto com o Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico





# Suporte de Vida Pediátrico

## Suporte Básico de Vida





## **Anexo 26**

Questionário de Avaliação do Formando relativo à Acção de Formação em Serviço  
“Suporte Básico de Vida Pediátrico”



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FORMANDO

### ACÇÃO DE FORMAÇÃO: SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

Como FORMANDO(A), agradeço que classifique os vários itens que contribuem para a Avaliação da Qualidade da Acção de Formação que acabou de participar. Por favor, assinale com um (X) a opção que lhe parece mais adequada.

**LOCAL:** Centro de Saúde de Vila Verde

**DATA:** 28/5/2009

**FORMADORA:** Cláudia Martins

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Insat	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Motivou a participação do grupo					
Despertou interesse					
Prestou esclarecimentos solicitados					
Estabeleceu boa relação com o grupo					
Utilizou metodologias que facilitaram aprendizagem					
Anunciou os objectivos que se propõem alcançar					
Sequência/interligação dos conteúdos abordados					

**APRECIAÇÃO GLOBAL**

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Insat	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Relação dos objectivos da formação / pessoais					
Conveniência dos assuntos tratados					
Resultados alcançados face às suas expectativas					
Possibilidade aplicação no seu contexto de trabalho					
Número de horas da formação					
Horário da formação					
Manifeste a sua satisfação global					



## **Anexo 27**

Panfleto “Alimentação Infantil”



## ALIMENTAÇÃO INFANTIL

IDADE	ALIMENTOS
Até aos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leite materno ou leite adaptado.</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fruta: Pêra, maçã, banana (inicialmente deve ser esmagada em puré, crua ou cozida);</li> <li>✓ Papa não láctea sem glúten (preparação com leite materno ou leite adaptado);</li> <li>✓ Sopa de legumes (cenoura e/ou abóbora, rodela de cebola ou dente de alho e uns grãos de arroz. 2 semanas depois pode-se substituir o arroz pela batata. Cozem bem em lume brando e no fim adiciona-se 1 colher de café de azeite sem ferver e sem sal. De 5 em 5 dias pode-se introduzir um novo legume: alface, parte verde do alho francês, penca, tronchuda...).</li> </ul>
6,5 – 7 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carnes: frango, peru, coelho, borrego, cabrito, vitela (o pedaço de carne deve ter o tamanho de uma noz. Inicialmente retira-se da sopa depois de cozida. Após 2 semanas tritura-se a carne juntamente com os legumes);</li> <li>✓ Pão, bolacha Maria e cereais com glúten;</li> <li>✓ Papa com glúten (pode ser substituída pela papa de fruta com bolacha Maria, na proporção de 1 bolacha para 1 peça de fruta);</li> <li>✓ Leguminosas: feijão, grão, ervilhas, lentilhas e favas (devem ser bem demolhadas e cozidas);</li> <li>✓ Iogurte – deve ser sólido e não açucarado (de preferência com leite de transição na sua composição). 1 iogurte por dia.</li> </ul>
8 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fruta: pêssigo, uva, ameixa, cereja, melão, melancia;</li> <li>✓ Óleos vegetais: amendoim, soja, girassol.</li> </ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gema do ovo (a introdução deve ser lenta; ¼, ½, ¾ e finalmente a gema completa no intervalo de 1 semana);</li> <li>✓ Peixe: pescada, marmota, linguado, faneca (inicialmente o peixe deve ser cozido à parte, retira-se pele e espinhas e mistura-se no puré de legumes. Pode-se utilizar a água da cozedura para confeccionar açorda, farinha de pau ou arroz de peixe. Pode-se usar peixe fresco ou congelado);</li> <li>✓ Legumes: nabo, beterraba, espinafres.</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ovo completo (gema e clara): o ovo substitui o peixe e a carne;</li> <li>✓ Fruta: laranja, morangos;</li> <li>✓ Legumes: couve-galega, couve-flor, grelos, nabijas;</li> <li>✓ Leite de vaca;</li> <li>✓ Mel.</li> </ul>
> 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introdução progressiva na dieta alimentar.</li> </ul>

Trabalho elaborado por Cláudia Martins (Mestrado em Enf. – Espec. em Saúde Infantil e Pediatria – UCP do Porto)



## **Anexo 28**

Apresentação de PowerPoint® “Cuidados de Enfermagem com a Manipulação de  
Cateteres Vasculares em Pediatria”



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A MANIPULAÇÃO DE CATÉTERES VASCULARES EM PEDIATRIA



ELABORADO POR:  
Cláudia Martins  
Eliana Silva  
Joana Garrido

Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde  
Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade de Pediatria - Pediatria Cirúrgica do Hospital Geral de Braga  
Novembro de 2009

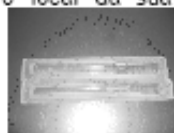
### Objetivos

- Uniformizar os cuidados de enfermagem subjacentes à cateterização vascular central e periférica;
- Actualizar conhecimentos;
- Prevenir a infeção nosocomial associada à cateterização vascular central e periférica;

### Cateter intravascular

Tubo inserido nos vasos sanguíneos arteriais ou venosos.

Os cateteres venosos podem ser classificados em centrais, de linha média ou periféricos conforme o local da sua colocação.



### Cateter intravascular

Os cateteres centrais podem ser classificados quanto:

- ✓ Ao tempo de permanência (longa ou curta);
- ✓ Tipo de material (silicone, poliuretano...);
- ✓ Tipo de implantação ( ex. percutâneo);
- ✓ Nº de lúmens do cateter.

### Cateter intravascular

"Os cateteres de teflon ou poliuretano são associados a menores complicações infecciosas quando comparados aos de polivinil ou de polietileno. Estudos in vitro demonstram que os cateteres feitos de polietileno são menos resistentes à aderência microbiana que os de teflon, silicone ou poliuretano." Manual de Controle de Infecção- HSIJ

(ex. o Broviac é de silicone, os cateteres utilizados nos PICC são geralmente de silicone ou poliuretano)

### Cateter intravascular

- Indispensáveis à prestação de cuidados de saúde para administração de fluidos, medicação, hemoderivados, colheitas de sangue...;
- Sujeito a complicações infecciosas locais ou sistémicas (infeção local, infeção da corrente sanguínea, tromboflebite séptica, endocardite, osteomielite...).

### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

- Seleccionar o tipo de cateter e o local de inserção;
- Realizar a higienização das mãos antes e depois de:
  - ✓ inserir o cateter;
  - ✓ manipular o cateter;
  - ✓ retirar o cateter.



### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

"Vários estudos examinados pela HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) concluíam que o uso de barreiras estéreis de protecção usadas durante a inserção de CVC reduzem as taxas de contaminação e infecção relacionadas com o CVC. Num desses estudos quando se comparava o uso de barreiras estéreis de protecção máxima (luvas estéreis, bata estéril, barrete, máscara facial com protecção ocular e campo estéril grande) durante a colocação de um CVC, com procedimentos rotineiros (luvas estéreis e campos pequenos), o risco infeccioso relacionado com o CVC diminuía significativamente quando usadas as barreiras de protecção máxima." *Manual de Controlo da Infecção - HST Fundamentos CVC*



### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

- Não palpar o local de inserção do cateter após a desinfecção do local excepto se utilizada a técnica asséptica.
- O uso de luvas não substitui a lavagem das mãos;
- Usar sempre luvas aquando da inserção dos cateteres vasculares (limpas nos cateteres periféricos e esterilizadas nos centrais);



### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

Num estudo prospectivo envolvendo 1132 cateteres venosos periféricos em três hospitais, foi analisada a relação entre várias medidas de higiene das mãos antes da inserção do cateter e a frequência de complicações infecciosas.

Em comparação com a simples lavagem e/ou desinfecção das mãos antes da colocação do cateter, o uso de luvas após a higienização das mãos resultou numa diminuição das complicações infecciosas. (Hirschmann, 2001)

### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

- Reservar o cateter de hemodiálise apenas para a hemodiálise, a administração de fármacos por esta via deve ser excepcional em situações de emergência;
- Reduzir o tempo de permanência dos cateteres vasculares ao mínimo necessário, remover o cateter logo que possível.

### Princípios gerais dos cateterismos vasculares

Registrar:

- ✓ Data da introdução do cateter, dificuldades e complicações na execução da técnica;
- ✓ Local da punção
- ✓ Sinais e sintomas de inflamação local ou de infecção sistémica;
- ✓ Data da mudança das linhas/ sistemas de perfusão;
- ✓ Data da mudança de apósitos aderentes, no caso de ter sido necessária a sua mudança;



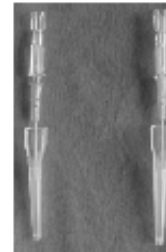
### Cateter venoso periférico

- Meio mais comum de acesso intravascular para administração de soroterapia, terapêutica, hemoderivados...;
- Está pouco associado a situações de bacteriemia;
- A flebite é a complicação mais comum estando mais vezes associada à agressão físico-química ou mecânica do que ao processo infeccioso. A sua existência aumenta o risco de bacteriemia.



### Eleição do cateter venoso periférico

- Valorizar a necessidade de um acesso periférico;
- Seleccionar o calibre do cateter.



### Eleição do local a puncionar

Ter em conta:

- A existência de condições inerentes à criança que aumente o risco de infecção ou complicações (existência de flebite anterior...);
- Dar preferência ao membro menos utilizado;
- Dar preferência às extremidades e entre estas os membros superiores, o couro cabeludo também pode ser puncionado.



### Eleição do local a puncionar

"O risco de infecção é maior se escolhermos as extremidades dos membros inferiores em vez dos membros superiores e nestes últimos se escolhermos a região do pulso e antebraço em vez da face dorsal da mão." Bansner, Crane and Maki in Manual de controle de



### Cateterização periférica

- Sempre que possível prevenir a dor colocando anestésico local;
- Explicar o procedimento;
- Desinfectar a pele (seguir a política de antissépticos da instituição);
- Após desinfectada não voltar a palpar;
- Puncionar;
- Verificar a posição do cateter venoso periférico injectando pequena quantidade de soro fisiológico;



### Cateterização periférica

- Fixar preferencialmente com adesivo estéril. Se possível, deixando o ponto de inserção do cateter visível;



"Maki & Ringer num estudo sobre a morbilidade infecciosa associada ao tipo de pensos utilizado em mais de 2000 cateteres periféricos, sugerem que a taxa de colonização do cateter nas situações em que foram utilizados pensos transparentes (5,7%) é comparável à colonização obtida naqueles em que foi utilizado penso com gaze (4,6%), referindo ainda que não foram encontradas importantes diferenças clínicas quer na incidência da colonização do cateter, quer na incidência de flebite, em ambos os grupos." Manual de controle de infecção do HSP

### Cateterização periférica

- Adaptar o obturador;
- Fixar preferencialmente com adesivo estéril. Se possível, deixando o ponto de inserção do cateter visível;
- Almofadar com compressa por baixo do obturador;
- Montar as linhas de perfusão;
- Vigiar sinais de infecção e infiltração;
- Registrar.



### Manutenção do cateter venoso periférico

- Realizar a higienização das mãos e usar luvas limpas na manipulação do cateter;
- Vigiar diariamente a fixação do cateter;
- Mudança dos adesivos se húmido, descolado ou sujo, aproveitar para monitorizar condições da pele;

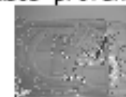
### Manutenção do cateter venoso periférico

- Lavar com soro fisiológico a pele e desinfetar com antisséptico compatível com os componentes e colas do cateter;
- Limitar a manipulação das linhas de perfusão;
- Mudar todo o sistemas de perfusão a cada 72 horas;
- Desinfetar as conexões com álcool a 70% antes e depois de utilizar;



### Cateter venoso central

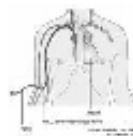
- Meio de acesso intravascular para administração de soroterapia, terapêutica, suporte nutricional e monitorização hemodinâmica;
- A maioria dos cateteres é inserida em veias periféricas no entanto também podem ser inseridos em vasos profundos ou centrais.



### Cateter venoso central

Exemplos de cateterismos centrais:

- ✓ PICC - Cateter central inserido periféricamente - inserido numa veia periférica até à veia cava superior, são de fácil manutenção têm associado menor incidência de infecção e de complicações mecânicas (hemotórax) quando comparado com o cateter venoso não tunelizado;



### Cateter venoso central

- ✓ Cateter venoso central não tunelizado - inserido percutaneamente em veias centrais (jugulares internas, femorais ou subclávias). É o tipo de cateter central mais utilizado, responsável pela maioria das infecções da corrente sanguínea associada ao cateter.

### Cateter venoso central

- ✓ Cateter venoso central tunelizado - implantado cirurgicamente nas veias subclávias, jugulares internas ou femoral. Associado a baixa incidência de infecção. (ex. Broviac - Hickman...);
- ✓ Cateter totalmente implantável - implantado cirurgicamente por punção da pele íntegra nas veias subclávia, jugular interna. Baixa incidência de infecção da corrente sanguínea;...



### Cateterização central

- Deve ser realizado por profissionais de saúde experientes na colocação de cateteres, ou supervisionada por estes;
- Explicar o procedimento à criança e família;
- Deve ser utilizada técnica asséptica rigorosa na introdução do CVC e PICC;
- Os CVC inseridos em condições de assepsia deficiente devem ser substituídos logo que possível;



### Manutenção do cateter central

- Devem ser manuseados com técnica asséptica;
- Deve-se descontaminar as mãos, preferencialmente com uma solução alcoólica antes de qualquer manipulação;
- A sutura dos cateteres sem cuff deve estar bem fixa à pele e poderá ser removida ao 10º dia;



### Manutenção do cateter central

- Utilizar apósitos estéreis transparente e semi-permeável para cobrir o local da inserção do cateter. Se a criança apresenta sudorese aumentada ou com local da inserção sangrante é preferível usar um apósito com gaze;
- Substituir os apósitos apenas se o penso se apresentar húmido, descolado ou sujo;

### Manutenção do cateter central

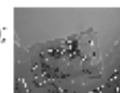
A substituição rotineira dos pensos pode levar à perda da integridade cutânea e ao aumento potencial do risco de infecção. (Lund, 1997)

"Nos doentes pediátricos a mudança do penso deve ser feita apenas quando necessário, pois o risco de deslocar o cateter ultrapassa o benefício da mudança do penso." Comissão de controlo de Infecção do Hospital Santa Maria, 2003

A mudança do penso do CVC, em neonatos, apenas quando o penso se apresentava comprometido não revelou um aumento de taxa de infecção nosocomial. (Zenk, 1993)

### Manutenção do cateter central

- Se utilizar as válvulas anti-refluxo não coloque o clamp nas vias do cateter de forma a evitar a obstrução deste;
- Utilizar a heparinização do cateter nos cateteres umbilicais e de hemodíalise conforme prescrição ou protocolo;



### Manutenção do cateter central

- Vigiar diariamente o local de inserção do cateter;
- Os cateteres de hemodíalise só deverão ser manipulados por pessoal técnico do serviço de hemodíalise, se necessário refazer o penso seguir as recomendações anteriores.

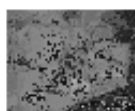
### Linhas de perfusão

- Usar preferencialmente embalagens de dose única para administração intravenosa;
- Preferencialmente as soluções utilizadas devem ser preparadas em câmara de fluxo laminar com técnica asséptica;
- Desinfectar sempre o diafragma de acesso à ampola de medicação com álcool a 70% antes da inserção da agulha e mudar sempre de agulha após a utilização;



### Linhas de perfusão

- Soluções com lípidos devem perfundir dentro de um prazo máximo de 24h;
- Limitar o uso de torneiras de três vias e prolongadores ao mínimo necessário;
- Evitar resíduos de sangue nas torneiras ou sistemas de soros;
- Evitar a manipulação do cateter;
- Se necessário substituir a tampa da torneira;



### Linhas de perfusão

- Substituir o sistema completo de perfusão, à exceção do cateter a cada 72h (3 dias);
- É contra-indicada a prática de perfurar frascos de soro com agulha;
- Desinfectar as portas de acesso com álcool a 70%, utilizando compressas estéreis;
- Manter o sistema fechado;
- Proteger a conexão mais próxima do cateter;



### DÚVIDAS OU QUESTÕES?



*Obrigada pela vossa presença!*

## Bibliografia

- Barry, M. Ferr - Nosocomial Infections Related to use of intravascular devices inserted for short-term vascular access. In *Mayhall, C. Glen - Hospital Epidemiology and Infection Control*. Third Edition, pag. 231-240, 2004;
- Herd, Hanna Team Reed - Nosocomial Infections Related to Use of Intravascular Devices Inserted for Long-Term Vascular Access, In *Mayhall, C. Glen - Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3ªEd., pag. 241-251, 2004;
- Wark, E. Rupp - Nosocomial Bloodstream Infections, in *Mayhall, C. Glen - Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3ªEd., Pag. 23-265, 2004;
- CDC - Guideline for the prevention of Intravascular Catheter Related Infections, *MMWR*, August09, 2002, Vol. 51/ nºRR-10;
- CDC - Guideline for Hand Hygiene in Health - care Settings- *MMWR*, HICPAC/SHEA/APIC/IDSA, October 25, 2002, Vol. 51/ nºRR-16;
- Ministério da Saúde, PNCI - Recomendações para a prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 2006;

## Bibliografia

- Comissão do controle de infecção do Hospital Santa Maria - Norma 10 de 2003;
- Manual de Controle de Infecção do Hospital São João - Fundamentos CVP
- Neto T., Henriques S., e outros, Colocação e Manutenção de Cateteres Venozos Centrais no Recém-Nascido, *Consensos em Neonatologia*, pág 109-205, 2004
- Susan Bowles, MSN, RNC, Janet Pettit, RN, NNP, MSN, Nick Mickas, MD, Courtney Niebet, RN, MS - Teresa Proctor MSN, RN, David Wirtshafter, MD California PERINATAL QUALITY CARE COLLABORATIVE - Neonatal Hospital-Acquired Infection Prevention - 2007

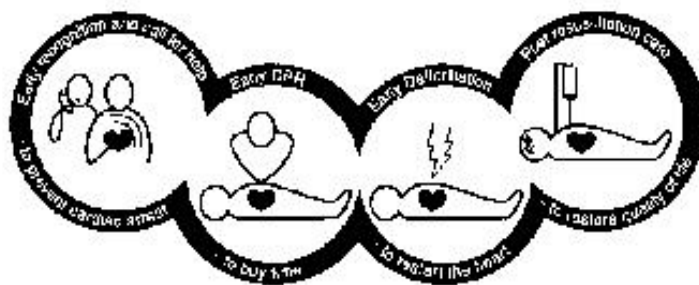


## **Anexo 29**

Manual de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico



# MANUAL DE SUPPORTO BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO



Dezembro de 2009

## SIGLAS

ECG – Electrocardiograma  
EV – Endovenoso(a)  
IO – Intra-ósseo(a)  
PLS – Posição Lateral de Segurança  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico  
SF – Soro Fisiológico a 0,9%  
TET – Tubo Endotraqueal  
TSV – Taquicardia Supra Ventricular  
TV – Taquicardia Ventricular

## ABREVIATURAS

bpm – Batimentos por Minuto  
CO<sub>2</sub> – Dióxido de Carbono  
cmH<sub>2</sub>O – Centímetros de Água  
J – Joule(s)  
kg – Kilograma(s)  
mcg – Micrograma(s)  
mg – Miligrama(s)  
min. – Minuto(s)  
ml – Mililitro(s)  
mm – Milímetro(s)  
pCO<sub>2</sub> – Pressão de Dióxido de Carbono  
seg. – Segundo(s)  
SpO<sub>2</sub> – Saturação Periférica de Oxigénio  
°C – Graus Célsius  
% – Por cento

## SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	3
1. PARTICULARIDADES DAS CRIANÇAS .....	5
1.1. Definição de Grupos Etários.....	5
2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA .....	7
2.1. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica .....	7
2.2. Etapas e Diagnóstico de Falências.....	8
2.3. Procedimentos no Algoritmo de SBVP.....	10
3. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA .....	19
3.1. Actuação na Falência Respiratória e Cardíaca .....	19
3.2. Via Aérea.....	19
3.2.1. Adjuvantes da Via Aérea.....	19
3.3. Respiração .....	22
3.3.1. Monitorização da Respiração e Ventilação .....	23
3.4. Circulação.....	24
3.4.1. Acesso Vascular .....	24
3.4.2. Acesso pelo Tubo Traqueal.....	25
3.5. Fluidos e Fármacos.....	25
3.6. Desfibrilhação.....	29
3.7. Arritmias.....	33
3.8. Cuidados Pós-Reanimação .....	36
4. CONCLUSÃO.....	38
5. BIBLIOGRAFIA.....	39

## 0. INTRODUÇÃO

Os actuais recursos da Medicina permitem salvar vítimas de paragem cardíaca e respiratória. Esta afirmação significa que mesmo que o coração e a respiração parem, é possível recuperar essa pessoa para uma vida comparável à que tinha antes, desde que se proceda correctamente e a tempo. Nesta afirmação estão contidas duas ideias fundamentais: os procedimentos têm de ser correctos e têm que ser realizados de imediato. Se não for assim, a vítima que teve a paragem cardiorespiratória morre.

A probabilidade de sobreviver e recuperar quando se está em risco de vida, depende da forma como se é socorrido. Quando alguém está em risco de vida, habitualmente, fica dependente da ajuda de quem presencie o acontecimento e possa ajudar. A situação extrema de risco de vida é a paragem cardíaca e respiratória. Neste caso a vítima está integralmente dependente da ajuda das testemunhas e da sua capacidade de adoptarem, a tempo, as decisões e as atitudes correctas.

Em caso de paragem cardiorespiratória o tempo conta-se em escassos minutos. Se nada for feito a probabilidade de salvar uma vítima de paragem cardiorespiratória diminui 7 a 10% por cada minuto que passa sem a vítima ser ajudada. Pelo contrário, se a testemunha iniciar imediatamente manobras de Suporte Básico de Vida o declínio da probabilidade de sobreviver é mais gradual, cerca de 3-4% por cada minuto que passa.

Na vítima em paragem cardiorespiratória as reservas de energia e de oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de 5 minutos. A partir desse momento o sofrimento cerebral vai-se agravando de tal forma que a probabilidade de recuperar o funcionamento do cérebro e retomar uma vida comparável à que existia antes da paragem se reduz drasticamente. O que acaba de ser afirmado é verdade mesmo nos casos em que se consegue restabelecer o funcionamento do coração e respiração. Se a reanimação for atrasada o cérebro sofre lesões irreparáveis mais rapidamente do que o próprio coração.

Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos e atitudes que têm por objectivo reconhecer as situações em que há perigo de vida iminente, pedir ajuda quando justificado e iniciar de imediato as intervenções que permitem manter circulação

e oxigenação dos órgãos nobres até à chegada de ajuda especializada. Significa manter a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação sem recurso a outro equipamento para além do equipamento de protecção.

O Suporte Básico de Vida, na maior parte das situações de paragem cardiorespiratória na criança, é por si só suficiente para recuperar estas vítimas, na medida em que os problemas mais frequentes relacionam-se com a via aérea e ventilação. Porém, nalgumas situações é imprescindível a ajuda de meios de Suporte Avançado de Vida e profissionais com treino específico, activando os sistemas de emergência médica para continuar o tratamento.

As vítimas de paragem cardíaca necessitam de Reanimação Cardíaca e Pulmonar imediata, porque esta lhes proporciona algum fluxo sanguíneo para o cérebro e coração, que, apesar de ser diminuto é decisivo. Deste modo, as compressões torácicas combinadas com ventilações são particularmente importantes a seguir ao colapso. Dependendo de alguns ritmos cardíacos o acesso rápido à desfibrilhação é uma emergência absoluta que exige a activação dos sistemas de emergência.

O referido documento tem como objectivos:

- Descrever a sequência do Suporte Básico de Vida Pediátrico;
- Descrever procedimentos relacionados com o Suporte Avançado da Vida Pediátrico;
- Uniformizar critérios de actuação nas situações de paragem cardiorespiratória nas crianças.

O presente trabalho foi elaborado segundo uma metodologia exploratória e descritiva e encontra-se estruturado em três partes distintas, designadamente: uma introdução; um desenvolvimento onde são abordadas Particularidades das Crianças e procedimentos relacionados com o Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico, e uma conclusão. Este trabalho também possui bibliografia.

Espero com a sua elaboração promover uma uniformização dos cuidados e procedimentos relacionados com o Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico entre os enfermeiros.

## 1. PARTICULARIDADES DAS CRIANÇAS

*A criança não é um adulto pequeno...*

A criança tem características anatómicas e fisiológicas particulares pelo que é necessário adaptar os procedimentos de suporte básico de vida (SBV) a essas mesmas características. Os princípios gerais são os mesmos que os do adulto mas com várias diferenças.

Todas as estruturas anatómicas são mais frágeis por isso, todas as manobras devem ser efectuadas com mais suavidade para não causar traumatismos.

A criança está particularmente sujeita a situações de obstrução anatómica da via aérea, dado que a via aérea apresenta menor diâmetro e colapsa com facilidade. A língua, de dimensões relativas maiores, também mais facilmente causa obstrução da via aérea.

A frequência cardíaca nas crianças é mais elevada que nos adultos e a manutenção de uma circulação adequada está muito dependente da frequência cardíaca. Isto é, só pelo facto de apresentar uma frequência cardíaca baixa a criança pode apresentar sinais de insuficiência circulatória. Como veremos mais adiante, **face a uma frequência cardíaca baixa e sinais de má perfusão periférica é necessário tratar como se de ausência de sinais de circulação se tratasse.**

A criança está também predisposta a desenvolver com maior facilidade processos de hipotermia quando exposta, pelo que o controlo da sua temperatura deverá ser um aspecto a ter em atenção, evitando exposições prolongadas e tentando manter o ambiente onde se encontra aquecido.

### 1.1. Definição de Grupos Etários

Do ponto de vista do Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP) definem-se 3 grupos etários:

- o neonato – primeiras horas de vida;
- o recém-nascido – desde o nascimento até aos 28 dias de vida;

- o lactente – até ao ano de idade;
- a criança – de 1 ano até à puberdade.

A reanimação neonatal aplica-se apenas ao período imediato após o parto e deve ser do conhecimento de todos os que possam estar envolvidos no cuidado do recém-nascido desde o momento do parto. Este campo particular do SBVP deve, portanto, ser do conhecimento dos profissionais de saúde.

## **2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA**

O conceito de SBVP pressupõe um conjunto de procedimentos encadeados com o objectivo de fornecer oxigénio ao cérebro e coração, sem recurso a equipamentos diferenciados, até que o Suporte Avançado de Vida (SAV) possa ser instituído.

### **2.1. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica**

A cadeia de sobrevivência pediátrica corresponde ao conjunto de acções que se considera que melhoram o prognóstico das crianças em situação de emergência. Os componentes desta cadeia não são os mesmos para o adulto, por factores que se prendem com a epidemiologia da paragem cardiorespiratória (PCR) na criança.

Habitualmente predominam as causas não cardíacas e a PCR não é, ao contrário da PCR no adulto, um acontecimento súbito. Os problemas mais frequentes são os relacionados com a via aérea e ventilação. Na criança são raros os acidentes cardíacos primários pelo que é fundamental e prioritário permeabilizar a via aérea e restabelecer a respiração.

Deste modo, as paragens cardiorespiratórias nas crianças secundárias a falência circulatória ou respiratória, são mais frequentes que as causadas por arritmias. As chamadas “paragens por asfixia” ou de origem respiratória, são também mais comuns em adultos jovens.

Nas crianças com patologia cardíaca congénita a PCR pode ser de causa primária cardíaca. Tipicamente a PCR na criança é o resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória. Inicialmente a insuficiência respiratória corresponde a um estado de compensação, mas, com o agravamento da hipóxia, rapidamente se deteriora ocorrendo paragem respiratória, seguida de paragem cardíaca.

As situações em que a criança está mais vezes em risco acontecem em casa ou próximo de casa, habitualmente com alguém conhecido por perto. Na criança com menos de 1 ano a principal causa de PCR é, primariamente, respiratória (infecções, obstrução da via aérea, afogamento) e após o ano de vida está frequentemente relacionada com trauma.

Os 4 elos que compõem a cadeia de sobrevivência pediátrica são:

1. Prevenção da PCR;
2. Suporte Básico de Vida (SBV);
3. Activação do Sistema de Emergência Médica (SEM) – 112;
4. Suporte Avançado de Vida (SAV).

Pelo anteriormente exposto, compreende-se que a “Prevenção” tem particular importância já que se precocemente detectada e tratada a situação de insuficiência respiratória pode ser evitada a PCR.

O início de SBV o mais rápido possível é fundamental. Na criança, a instituição precoce de SBV eficaz poderá levar ao restabelecimento de circulação e ventilação, com recuperação total sem défices neurológicos.

A activação do sistema de emergência médica deve ser feita apenas após ter efectuado cerca de 1 minuto de SBV, excepto nos casos de crianças com doença cardíaca ou história de arritmias, em que deve de imediato ligar 112, à semelhança do algoritmo do adulto.

## 2.2. Etapas e Diagnóstico de Falências

A sequência de procedimentos, é a mesma que é descrita para os adultos, isto é, a avaliação e intervenção de qualquer criança gravemente ferida ou doente, após a avaliação inicial, segue as etapas “ABC”:

- A – Via Aérea (e estabilização da coluna cervical nas crianças vítimas de trauma);
- B – Respiração;
- C – Circulação.

As intervenções são feitas em cada etapa assim que as alterações são identificadas. Cada etapa da avaliação não deve ser iniciada sem que a alteração anteriormente identificada tenha sido controlada e corrigida se possível.

### **Diagnóstico da Falência Respiratória: Avaliação do A e B**

O primeiro passo na avaliação da criança gravemente ferida ou doente é o controle da via aérea e da respiração. As alterações na via aérea e respiração levam a falência respiratória. Os sinais de falência respiratória são:

- Aumento ou diminuição da frequência respiratória (fora dos parâmetros normais para a idade);
- Presença de sinais de dificuldade respiratória, acompanhado de ruídos como estridor, respiração ruidosa, ou perda de sons respiratórios;
- Cianose (com ou sem necessidade de oxigenoterapia suplementar);
- Podem estar associados sinais de outros órgãos e sistemas afectados pela insuficiente ventilação e oxigenação (estes são detectáveis na etapa C da avaliação).

### **Diagnóstico da Falência Circulatória: Avaliação do C**

O choque é caracterizado por um desequilíbrio entre as necessidades metabólicas dos tecidos e o fornecimento de oxigénio e nutrientes pela circulação. Os mecanismos de compensação fisiológica produzem alterações na frequência cardíaca, nas resistências vasculares periféricas (que geralmente aumentam como resposta adaptativa) e na perfusão dos tecidos e órgãos. Os sinais de falência circulatória são:

- Aumento da frequência cardíaca que evolui para bradicardia (este sinal tardio é um indicador preocupante que anuncia a descompensação fisiológica);
- Diminuição da pressão arterial;
- Diminuição da perfusão periférica (aumento do tempo de preenchimento capilar, diminuição da temperatura da pele, palidez cutânea);
- Pulsos periféricos fracos ou ausentes;
- Diminuição da diurese;
- Acidose metabólica.

Outros sistemas podem ser afectados, por exemplo:

- A frequência respiratória pode inicialmente estar aumentada e tornar-se bradipneica com a descompensação do choque;
- A má perfusão cerebral pode diminuir o nível de consciência.

## Diagnóstico da PCR

Os sinais de PCR são:

- Ausência de resposta;
- Apneia ou tiragem respiratória;
- Ausência de circulação;
- Palidez ou cianose profunda.

### 2.3. Procedimentos no Algoritmo de SBVP

#### 1. Avaliar as Condições de Segurança

Como em qualquer outra situação deve começar por avaliar as condições de segurança antes de abordar a criança.



Uma vez garantidas as condições de segurança, avalie se a criança responde. Tratando-se de uma criança pequena não a deve abanar, estimule-a mexendo nas mãos e/ou nos pés ao mesmo tempo que chama em voz alta.



Se a criança responder, se mexer ou cumprir instruções que lhe são dadas, como abrir os olhos ou apertar a mão, deixá-la na posição em que está, ou na que ela pretender adoptar e ir pedir ajuda se necessário, reavaliando-a frequentemente.

## 2. Pedir Ajuda

Se a criança não responder grite por ajuda e prossiga a avaliação.

## 3. Permeabilizar a Via Aérea

Abra a boca da criança e procure ver se existem corpos estranhos – retire-os apenas se forem visíveis.



Permeabilize a via aérea efectuando extensão da cabeça (de acordo com a idade) e elevação da mandíbula, se não existir suspeita de trauma, caso contrário faça apenas a sub-luxação da mandíbula.



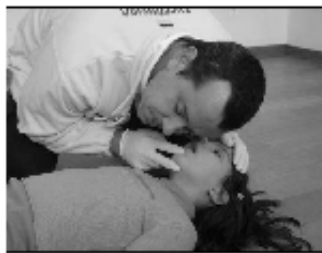
Nos lactentes e nas crianças pequenas a sub-luxação da mandíbula é facilmente conseguida colocando apenas 1 ou 2 dedos no ângulo da mandíbula e empurrando-a para a frente.

No lactente, em decúbito dorsal, a cabeça fica habitualmente flectida em relação ao pescoço. Deve efectuar apenas uma ligeira extensão da cabeça de forma a obter uma “posição neutra”, isto é, a face do lactente fica paralela ao plano onde se encontra deitado. Deve ter particular cuidado para não pressionar os tecidos moles abaixo do queixo pois pode facilmente causar obstrução da via aérea.

#### 4. Avaliar a Respiração

Mantendo a via aérea aberta pesquise, durante 10 segundos, a existência de respiração normal, efectuando o VOS:

- Ver, a expansão torácica;
- Ouvir, o ruído respiratório;
- Sentir, o ar expirado.



Se a criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em posição lateral de segurança (PLS). Nos lactentes sugere-se a colocação em decúbito lateral, usando uma almofada ou um lençol dobrado, colocado por trás, a nível das costas, para manter a posição estável. Ir pedir ajuda e reavaliar periodicamente se mantém ventilação adequada.



Se a vítima **não respira normalmente** mantenha a permeabilidade da via aérea e inicie a **ventilação com ar expirado**, efectuando **5 ventilações**. A insuflação de ar deve ser lenta, durante 1-1,5 seg., com um volume de ar apenas suficiente para causar uma expansão torácica. Deve afastar a boca e manter a via aérea permeável para permitir a expiração e repetir o procedimento. Deve encher o peito de ar antes de cada insuflação para melhorar o conteúdo de oxigénio no ar expirado que irá insuflar. A quantidade de ar a insuflar deve ser controlada pela expansão torácica, não insuflando a totalidade de ar.

Na **criança** utilizar a técnica de **ventilação boca-a-boca** tal como descrito para o adulto.

Embora as máscaras de bolso com válvula unidireccional sejam de tamanho único é igualmente possível efectuar ventilação boca-máscara na criança ou mesmo no lactente. Nestes casos a adaptação da máscara à face da criança é feita em posição invertida, isto é, colocando o vértice da máscara virado para o queixo.

No **lactente** a técnica recomendada é a **ventilação boca-a-boca e nariz**:

- Manter a permeabilidade da via aérea, assegurando que a cabeça está em posição neutra;
- Encher o peito de ar e adaptar a sua boca à volta da boca e do nariz do lactente;
- Soprar para o interior da boca e nariz, lentamente durante 1 a 1,5 seg., de forma a causar uma expansão torácica adequada, isto é, tal como numa respiração normal.

Nas situações em que não se consegue efectuar uma boa adaptação da boca à volta da boca e nariz é igualmente adequado efectuar ventilação boca-a-boca ou boca-a-nariz. Mais uma vez se recorda que não é verdadeiramente a idade que determina a escolha de uma ou outra técnica mas efectivamente o tamanho da vítima. Pode igualmente ser usada a máscara de bolso tal como descrito anteriormente.

Se tiver dificuldade em conseguir ventilações eficazes deve:

- Reabrir a boca da vítima e procurar objectos visíveis;
- Se forem visíveis removê-los;

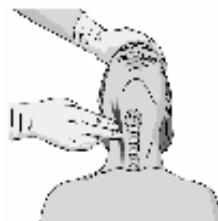
- Reposicionar a cabeça de forma a permeabilizar adequadamente a via aérea, tentando, eventualmente, outro método (ex.: sub-luxação da mandíbula);
- Certificar-se de que a cabeça não está em hiperextensão o que, nos lactentes, pode condicionar obstrução da via aérea;
- Tentar ventilar de novo, fazendo até 5 tentativas;
- Se apesar de tudo não conseguir, passar às compressões torácicas.

### 5. Avaliar a Circulação

Após 5 insuflações passe à avaliação de sinais de circulação. Procure, simultaneamente, durante 10 segundos:

- a presença de respiração normal, efectuando o VOS;
- movimentos;
- tosse;
- existência de pulso.

Na criança deve palpar o pulso carotídeo.



No lactente com menos de 1 ano de vida palpe o pulso braquial ou o pulso femoral.



Pulso Braquial



Pulso Femoral

Se a vítima apresenta algum sinal de circulação, mas não respira continue ventilação com ar expirado a uma frequência de 20 insuflações/min. (insufle durante 1 seg. espere 2 seg. e volte a insuflar).

Reavalie a presença de sinais de circulação ao fim de **1 minuto**:

- se mantiver sinais de circulação e ventilar coloque-a em posição de recuperação, peça ajuda diferenciada e reavalie periodicamente;
- se não ventilar e tiver outros sinais de circulação, e estiver sozinho, deve ir pedir ajuda, levando se possível a criança consigo, de forma a manter o SBV.

## **6. Iniciar as Compressões Torácicas**

Na ausência de sinais de circulação ou se não tem a certeza de haver algum sinal de circulação deve iniciar compressões torácicas.

Se detectar pulso palpável, deve contar a frequência cardíaca e se esta for <60/min. e existirem sinais de má perfusão periférica deve, igualmente, iniciar compressões torácicas, tal como na ausência de sinais de circulação.

As compressões torácicas devem ser efectuadas no terço inferior do tórax, nunca comprimindo em cima do apêndice xifóide, de forma a causar uma depressão de aproximadamente  $\frac{1}{3}$  do tórax, a uma frequência de 100/min..



A forma de localizar correctamente o ponto de compressão difere nas crianças e nos lactentes. Nos lactentes o local adequado para fazer compressões torácicas é no terço inferior do esterno utilizando 2 dedos. Deve ser feita a localização do apêndice xifóide percorrendo o rebordo inferior da grelha costal e comprimindo o esterno um dedo acima dele. Na criança a localização do ponto de compressão faz-se do mesmo modo mas utilizando a base de uma das mãos.

**Técnica para executar compressões torácicas nos lactentes – 2 dedos:**

- Manter a permeabilidade da via aérea, mantendo a cabeça em posição neutra, com uma mão na cabeça do lactente;
- Colocar a ponta de dois dedos sobre o terço inferior do esterno do lactente;
- Comprimir o tórax na vertical, com a ponta dos dedos, de forma a causar uma depressão de cerca de  $\frac{1}{3}$  da sua altura.
- Aliviar a pressão de forma a permitir ao tórax retomar a sua forma e voltar a comprimir de forma a conseguir uma frequência de pelo menos 100/min.;
- Fazer 15 compressões seguidas de 2 insuflações e de novas 15 compressões;
- Para evitar perdas de tempo desnecessárias os dedos devem permanecer sobre o tórax, sem exercer pressão enquanto se faz a ventilação.

No recém-nascido a relação de compressões/ventilações é de 3:1. A forma mais eficaz de efectuar compressões torácicas é abranger o tórax com ambas as mãos – Técnica do Abraço – para que os 2 polegares possam efectuar pressão no terço inferior do esterno, imediatamente abaixo de uma linha imaginária intermamilar. O tórax deve ser comprimido de forma rápida e firme, deprimindo o tórax cerca de  $\frac{1}{3}$  do seu diâmetro antero-posterior.

#### **Técnica para executar compressões torácicas nas crianças:**

- Colocar o bordo de uma mão no terço inferior do esterno;
- Levantar os dedos de forma a não comprimir as costelas;
- Mantendo o braço esticado, sem flectir o cotovelo, deve posicionar-se para que o ombro fique perpendicular ao ponto de apoio da mão;
- Pressionar o tórax cerca de  $\frac{1}{3}$  da sua altura;
- Aliviar a pressão sem retirar a mão do esterno;
- Repetir o procedimento 15 vezes a uma frequência de 100/min.;
- Permeabilizar a via aérea e efectuar 2 ventilações;
- Manter compressões/ventilações na relação de 15:2.

Nas crianças maiores poderá ser necessário usar o mesmo método do adulto (ou seja, sobrepor a outra mão à que se encontra um dedo acima do apêndice xifóide, entrelaçar os dedos e levantá-los de forma a não exercer pressão sobre o hemitórax oposto e, mantendo os braços esticados e sem flectir os cotovelos, pressionar verticalmente sobre

o esterno) sendo nesse caso usada também a mesma relação compressões/ventilações de 15:2.

No caso de estarem presentes dois reanimadores profissionais de saúde deve ser preferencialmente usada a técnica de compressão com os 2 polegares, se a estrutura física da criança o permitir.

- Neste caso, um dos reanimadores efectua compressões e o outro as ventilações;
- O reanimador que efectua as compressões deve estar colocado aos pés do lactente;
- Colocar os dois polegares lado a lado no meio do esterno, com a ponta apontando para a cabeça, no local já anteriormente referido e segurar o lactente envolvendo o tórax com ambas as mãos;
- Se o lactente é muito pequeno poderá ser necessário sobrepor os dois polegares de forma a não comprimir sobre as costelas;
- Comprimir o tórax de forma a causar uma depressão de cerca de  $\frac{1}{3}$  da sua altura;
- Aliviar a pressão de forma a permitir ao tórax retomar a sua posição inicial e voltar a comprimir a uma frequência de pelo menos 100/min.;
- O reanimador que efectua as ventilações deve estar colocado acima da cabeça do lactente;
- Efectuar 2 insuflação após cada série de 15 compressões, utilizando sempre que possível a suplementação com oxigénio.

No caso de existir apenas 1 reanimador poderá ser utilizada a relação 30:2, particularmente se existirem dificuldades na transição entre as compressões e as ventilações.

Devem ser mantidas as manobras de SBV durante 1 minuto (5 ciclos de 15:2) altura em que, se ainda estiver sozinho, deverá ir pedir ajuda. Após o pedido de ajuda só é necessário reavaliar se existissem sinais que se pudessem ter deteriorado durante o pedido, nomeadamente a existência de ventilação e/ou circulação.

Caso estejam presentes dois reanimadores um inicia o SBV enquanto o outro vai pedir ajuda, logo que detectada a paragem respiratória.

No caso dos lactentes, ou sempre que a criança seja suficientemente pequena para ser transportada ao colo, deve levá-la consigo para manter as manobras de SBV durante esse período de tempo.

A única exceção em que não se deve realizar 1 minuto de SBV antes de pedir ajuda é o caso duma criança que colapsa subitamente perante o reanimador, e este encontra-se sozinho com a vítima. Neste caso a causa provável da paragem cardíaca é uma arritmia e a criança pode necessitar de desfibrilhação.

**Continuar as manobras de SBV até que:**

- A vítima apresente sinais de vida (movimentos ou respiração);
- Chegue ajuda diferenciada;
- Fique exausto e incapaz de continuar o SBV.

### 3. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA

#### 3.1. Actuação na Falência Respiratória e Cardíaca

**A e B – Permeabilize a via aérea e assegure uma adequada ventilação e oxigenação:**

- Administre oxigénio em alto débito;
- Assegure uma adequada ventilação e oxigenação que pode incluir a utilização de adjuvantes, insuflador e máscara, máscara laríngea e assegure uma via aérea definitiva pela entubação traqueal com ventilação por pressão positiva;
- Raramente, em circunstâncias extremas, pode ser necessária uma via aérea cirúrgica.

**C – Estabeleça a monitorização cardíaca:**

- Assegure um acesso vascular (este pode ser uma veia central ou periférica ou ainda intraósseo);
- Administre bólus de fluídos e/ou inotrópicos se necessário;

Avalie e reavalie a criança continuamente, começando sempre pela via aérea antes da respiração e só depois a circulação.

#### 3.2. Via Aérea

##### 3.2.1. Adjuvantes da Via Aérea

###### Vias Oro e Nasofaríngeas

Permeabilize a via aérea utilizando as técnicas do suporte básico de vida. Os tubos oro e nasofaríngeos podem ajudar a manter a permeabilidade. Utilize os tubos orofaríngeos apenas em crianças inconscientes, nas quais não exista reflexo da via aérea. Os tubos devem ser do tamanho apropriado, para evitar empurrar a língua para trás e assim obstruir a epiglote, ou comprimir directamente a glote. O palato mole das crianças pode ser danificado pela inserção de tubos orofaríngeos, evite estas lesões inserindo o tubo com visualização directa, com ajuda de um larigoscópio ou deprimindo a língua. Os

tubos nasofaríngeos são melhor tolerados nas crianças conscientes (que mantém o reflexo da via aérea), mas não devem ser utilizados se existir fractura da base do crânio ou coagulopatias. Estes adjuvantes básicos da via aérea não protegem os pulmões da aspiração de secreções, sangue ou conteúdo gástrico.

### **Máscara Laríngea**

A máscara laríngea é um dispositivo inicial para manter a via aérea, aceitável para utilizadores experientes na sua utilização. Pode ser particularmente útil nas obstruções causadas por alterações da via aérea superior. A máscara laríngea, no entanto, não protege a via aérea da aspiração de secreções, sangue ou conteúdo gástrico, e por isso uma observação mais cuidada é necessária. A máscara laríngea está associada a uma maior incidência de complicações em crianças comparativamente com a sua utilização em adultos.

### **Entubação Traqueal**

A entubação traqueal é a forma mais eficaz e segura de permeabilizar e manter a via aérea, prevenindo a distensão gástrica, protegendo os pulmões da aspiração pulmonar, facilitando o controlo ideal da pressão da via aérea e permitindo a pressão positiva no final da expiração. A via oral é a preferencial durante a reanimação. A entubação orotraqueal é habitualmente mais rápida e está associada a um menor número de complicações que a entubação nasotraqueal. A utilização criteriosa de anestésicos, sedativos e bloqueadores neuro-musculares está indicada nas crianças conscientes de forma a evitar o insucesso da entubação ou as múltiplas tentativas. A anatomia da via aérea da criança difere da do adulto, portanto a entubação da criança exige treino específico e experiência. Verifique a posição correcta do tubo pela avaliação clínica e pela monitorização da capnografia. O tubo deve estar fixo e a monitorização dos sinais vitais é essencial. É também fundamental planear uma técnica alternativa de permeabilização da via aérea para o caso de não ser possível a entubação da traqueia.

### **Entubação com Indução Sequencial Rápida**

A criança que está em PCR e coma profundo não requer sedação ou analgesia para ser entubada. Contudo, nos outros casos, a entubação deve ser precedida de oxigenação,

sedação rápida, analgesia e bloqueador neuro-muscular para minimizar o insucesso e as complicações. A entubação deve ser feita por alguém experiente e familiarizado com os fármacos de indução rápida.

### **Tamanho dos Tubos Traqueais**

O diâmetro interno dos tubos traqueais para as diferentes idades é:

- Recém-nascidos, 2.5 – 3.5 mm de acordo com a fórmula (idade gestacional em semanas/10);
- Lactentes, 4 ou 4.5 mm;
- Crianças com mais de um ano, de acordo com a fórmula [(idade em anos/4)+4].

O tamanho do tubo traqueal estimado de acordo com o tamanho da criança ou através das tabelas é mais correcto do que a fórmula acima descrita.

### **Tubos traqueais com e sem cuff**

Num cenário pré-hospitalar, um tubo sem cuff pode ser preferível quando se usa tamanhos até 5.5 mm (crianças até 8 anos). No hospital, um tubo com cuff pode ser útil em determinadas circunstâncias, por exemplo nos casos de má *compliance* pulmonar, resistência da via aérea elevada ou grande fuga de ar pela glote. Um tubo com cuff de tamanho correcto e adequado, é tão seguro como um tubo traqueal sem cuff nas crianças e lactentes (o mesmo não acontece nos recém-nascidos). Deve ser dada especial atenção à sua correcta colocação e localização, tamanho e pressão de insuflação do cuff. A pressão excessiva do cuff pode levar a necrose isquémica do tecido circundante da traqueia e estenose. Verifique regularmente e mantenha a pressão do cuff abaixo dos 20 cmH<sub>2</sub>O.

### **Confirmação da correcta localização do tubo traqueal**

A má colocação, deslocação ou obstrução dos tubos traqueais nas crianças ocorre de forma frequente e está associada a um maior risco de morte. Nenhuma técnica isolada é 100% segura para distinguir entre uma entubação esofágica e traqueal. A avaliação da correcta posição do tubo traqueal é efectuada por:

- Observação da passagem do tubo pelas cordas vocais;
- Observação do movimento simétrico da parede torácica durante a ventilação com pressão positiva;

- Observação do embaciamento do tubo durante a fase final da expiração;
- Ausência de distensão gástrica;
- Auscultação pulmonar simétrica dos campos pulmonares;
- Ausência de entrada de ar na auscultação gástrica;
- Detecção de CO<sub>2</sub> no final da ventilação;
- Melhoria ou estabilização da SpO<sub>2</sub> nos parâmetros pretendidos;
- Melhoria da frequência cardíaca para os parâmetros esperados para a idade (ou a sua manutenção nos parâmetros normais).

Se a criança está em PCR e o CO<sub>2</sub> não é detectado, ou se existe dúvida, confirme a posição do tubo por laringoscopia directa. Depois do seu correcto posicionamento e confirmação, fixe o tubo e reavalie a sua posição. Mantenha a cabeça da criança numa posição neutra, a flexão da cabeça desloca o tubo mais para o interior da traqueia, e a extensão pode puxá-lo para fora da via aérea. Confirme a posição do tubo traqueal por radiografia do tórax, a ponta deve estar ao nível da segunda ou terceira vértebra torácica.

A nomenclatura **DOPES** é uma acronomia útil na deterioração súbita de uma criança entubada:

- **D** (*displacement*), deslocação/má colocação do tubo traqueal;
- **O** (*obstruction*), obstrução do tubo traqueal;
- **P**, pneumotórax;
- **E** (*equipment failure*), falha do equipamento; fonte de oxigénio, insuflador e máscara, ventilador, entre outros;
- **S** (*stomach*), estômago; a distensão gástrica pode alterar o mecanismo do diafragma.

### 3.3. Respiração

#### Oxigenação

Utilize oxigénio na concentração máxima (100%) durante a reanimação. Assim que a circulação estiver restabelecida administre o oxigénio suficiente para manter as saturações periféricas acima de 95%.

### **Ventilação**

Os prestadores de cuidados de saúde frequentemente ventilam excessivamente as vítimas de PCR, e isto pode ser prejudicial. A hiperventilação é prejudicial, causa aumento da pressão torácica, diminui a perfusão coronária e cerebral. O volume ideal é aquele que permite uma normal expansão torácica. Utilize uma série de 15 compressões para 2 ventilações (um só reanimador pode utilizar 30:2), para um ritmo de 100 compressões por minuto. Uma vez que a via aérea esteja protegida pela intubação traqueal, mantenha as ventilações positivas a uma frequência de 12-20 ventilações por minuto sem interromper as compressões cardíacas. Tenha o cuidado de assegurar uma correcta insuflação dos pulmões durante as compressões. Quando a circulação estiver restabelecida, ou no caso da criança manter a perfusão, ventile a 12-20 ciclos por minuto para atingir um pCO<sub>2</sub> normal.

### **Ventilação com máscara e insuflador**

A ventilação com máscara e insuflador é eficaz e segura para uma criança que necessite de ventilação assistida por um curto período de tempo como, por exemplo, num cenário pré-hospitalar ou numa sala de emergência. Verifique a sua eficácia pela observação da expansão torácica, pela monitorização da frequência cardíaca, pela auscultação dos sons respiratórios e pela avaliação da saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>). Qualquer profissional de saúde, que lide com crianças, deve estar habilitado a ventilar com máscara e insuflador eficazmente.

### **Ventilação Prolongada**

Se uma ventilação prolongada é necessária, os benefícios de uma via aérea segura provavelmente ultrapassam os potenciais riscos associados à intubação traqueal.

#### **3.3.1. Monitorização da Respiração e Ventilação**

##### **Avaliação da capnografia no final da expiração**

A monitorização do CO<sub>2</sub> no final da expiração com um capnógrafo confirma a posição do tubo em crianças que pesem mais de 2 kg, e pode ser utilizada no pré ou intra-hospitalar, bem como durante o transporte da criança. A presença de uma curva de capnografia indica que o tubo está colocado na árvore traqueo-brônquica, quer na presença de um ritmo de perfusão quer durante a PCR. A capnografia não exclui a

entubação selectiva do brônquio direito. A ausência de CO<sub>2</sub> no ar expirado durante a PCR pode não se dever a um tubo traqueal mal posicionado, uma vez que um nível baixo ou ausente CO<sub>2</sub> no final da expiração pode reflectir um fluxo de sangue nos pulmões baixo ou ausente.

#### **Oximetria de pulso**

A avaliação pela clínica do nível de oxigénio é pouco segura, por isso, monitorize a SpO<sub>2</sub> da criança através da oximetria de pulso. A oximetria de pulso pode ser pouco segura em determinadas circunstâncias, por exemplo, na criança em choque, na PCR ou na criança com má perfusão periférica. Contudo, a oximetria de pulso é relativamente simples, sendo pouco segura na avaliação do posicionamento do tubo traqueal. A capnografia detecta o deslocamento do tubo traqueal mais rapidamente que a oximetria.

### **3.4. Circulação**

#### **3.4.1. Acesso Vascular**

O acesso vascular é fundamental para a administração de fármacos e fluidos e para a obtenção de amostras de sangue. O acesso venoso pode ser difícil de conseguir durante a reanimação de uma criança ou lactente. Limite o número de tentativas para obter um acesso vascular a três. A partir daí, insira uma agulha intraóssea.

#### **Acesso Intraósseo**

O acesso intraósseo é uma via rápida, segura e eficaz para a administração de fármacos, fluidos e derivados do sangue. A rapidez de acção e a obtenção de concentrações plasmáticas adequadas dos fármacos é similar às dos acessos venosos centrais. As amostras de medula óssea podem ser usadas para tipagem de sangue e para efectuar gasimetrias (os valores são comparáveis aos obtidos numa amostra de sangue venoso central). Após a administração de cada fármaco deve ser administrado um bólus de solução salina normal para assegurar uma adequada dispersão pela cavidade medular e obter uma mais rápida distribuição pela circulação central. Administre bólus grandes do fluido utilizando a pressão manual. O acesso intraósseo pode ser mantido até à obtenção de um acesso venoso central.

### **Acesso Venoso**

O acesso venoso periférico permite concentrações plasmáticas de fármacos semelhantes às obtidas num acesso central ou intraósseo. Os acessos centrais permitem ser mais seguros na utilização por períodos de tempo mais prolongados, mas não oferecem vantagens durante a reanimação quando comparados com os periféricos ou intraósseos.

### **3.4.2. Acesso pelo Tubo Traqueal**

Os acessos venosos periféricos ou intraósseos são melhores que a via traqueal para a administração de fármacos. Os medicamentos lipo-solúveis, como a adrenalina, a lidocaína, a atropina ou a naloxona são melhor absorvidos na via aérea baixa. A dose ideal de fármacos a administrar pela via traqueal é desconhecida devido à grande variedade de padrões de absorção alveolar, mas as doses seguintes são recomendadas como orientação:

- Adrenalina, 100 mcg/kg;
- Lidocaína, 2-3 mg/kg;
- Atropina, 30 mcg/kg;
- A dose ideal de naloxona é desconhecida.

A administração de fármacos por via traqueal deve ser realizada rapidamente através de uma sonda fina ou directamente no TET (Tubo Endotraqueal), seguido de um bólus de 1-2ml de SF (Soro Fisiológico a 0,9%). Após a administração faça cinco ventilações. Não administre fármacos não lipo-solúveis (por exemplo: glucose, bicarbonato, cálcio) pela via traqueal devido às lesões que provocam na mucosa da via aérea.

### **3.5. Fluidos e Fármacos**

A expansão de volume está indicada quando a criança mostra sinais de choque na ausência de sobrecarga de volume. Se a perfusão sistémica é inadequada, administre um bólus de 20 ml/kg de um cristalóide isotónico, ainda que a pressão arterial seja normal. Após cada bólus verifique o estado clínico da criança utilizando o ABC, para decidir sobre a administração de mais fluidos ou de outro tratamento. Não existe informação

suficiente acerca da utilização de soluções salinas hipertónicas no choque associado a trauma craniano ou hipovolémia. A informação também é escassa no que concerne à administração de fluidos na criança hipotensa vítima de trauma directo violento. Evite as soluções com dextrose a não ser na hipoglicemia. Contudo, a hipoglicemia deve ser activamente pesquisada e evitada, particularmente nas crianças pequenas ou lactentes.

#### **Adenosina**

A adenosina causa um breve bloqueio aurículo-ventricular e está recomendada no tratamento da taquicardia supra ventricular (TSV). É segura de utilizar, pois tem um curto período de acção (10 seg.). Administre a adenosina num membro superior ou num acesso central para minimizar o tempo necessário para a sua chegada ao coração. Administre rapidamente, seguida de bólus de 3-5 ml de solução salina normal.

#### **Adrenalina**

A adrenalina é uma catecolamina endógena com potencial de acção alfa e beta adrenérgico. É a medicação essencial durante a reanimação cárdio-pulmonar e tem um papel preponderante nos algoritmos de tratamento dos ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis. A adrenalina induz vasoconstrição, aumenta a pressão diastólica, melhora por isso a perfusão coronária e a contractilidade do miocárdio, estimula a contracção espontânea e a amplitude e frequência da fibrilhação ventricular, auxiliando assim para um maior sucesso da desfibrilhação. A dose recomendada por via endovenosa ou intraóssea nas crianças é 10 mcg/kg. A dose de adrenalina a administrar por via endotraqueal é dez vezes superior (100 mcg/kg). Se necessário, devem ser administradas novas doses cada 3-5 minutos. A utilização de doses maiores por via endovenosa ou intraóssea não está por norma recomendada, uma vez que não melhora nem a sobrevivência, nem o prognóstico neurológico após a reanimação cárdiopulmonar. Assim que a circulação espontânea for restabelecida, pode ser necessário manter uma perfusão contínua de adrenalina. Os seus efeitos hemodinâmicos são dependentes da dose administrada, isto é, existe uma variedade significativa entre o efeito desejado na criança e a quantidade e concentração da dose em perfusão pelo que deve adaptar a dose de perfusão ao efeito desejado. A administração de adrenalina em ritmos elevados pode levar a uma vasoconstrição exagerada, comprometendo significativamente a perfusão mesentérica e renal. A sobredosagem de adrenalina pode causar hipertensão severa e induzir taquiarritmias. Para evitar lesões nos tecidos é

fundamental que a administração de adrenalina se faça por um acesso vascular ou intra ósseo seguro. A adrenalina e outras catecolaminas são inactivadas na presença de soluções alcalinas e nunca devem ser misturadas com Bicarbonato.

#### **Amiodarona**

A amiodarona é um inibidor não competitivo dos receptores adrenérgicos, deprime a condução eléctrica do músculo cardíaco, fazendo com que a condução aurículo-ventrículo se torne mais lenta, prolongando o intervalo QT e o período refractário. Com excepção do tratamento da Fibrilhação Ventricular/ Taquicardia Ventricular Sem Pulso, a amiodarona deve ser administrada lentamente (durante 10 a 20 minutos), com monitorização da pressão arterial e do electrocardiograma, de modo a evitar a hipotensão relacionada com as infusões demasiado rápidas. Este efeito secundário é menos comum na solução aquosa. Outros efeitos adversos significativos, embora raros, são a bradicardia e a taquicardia ventricular polimórfica.

#### **Atropina**

A Atropina bloqueia a resposta parassimpática, acelerando o nódulo auricular e aurículo-ventricular. Pode também induzir um aumento da condução aurículoventricular. Doses baixas (<100 mcg/kg) podem provocar bradicardia paradoxal.

#### **Cálcio**

O cálcio é essencial para a contracção miocárdica, mas a sua utilização por rotina não melhora significativamente a sobrevida após a PCR.

#### **Glucose**

Os dados disponíveis mostram que a hipo e a hiperglicemia estão directamente relacionadas com maus resultados após as manobras de reanimação cárdio-pulmonar tanto nos recém-nascidos como nas crianças e adultos, embora não haja certeza se estas causas são directamente responsáveis ou se estão associadas a outras causas. Devem ser verificados e monitorizados os níveis de glucose no sangue ou plasma de todas as crianças vítimas de doença ou trauma, incluindo após a reanimação cardíaca. Não devem ser administrados fluidos com glucose durante a reanimação a não ser que exista

hipoglicemia. Devem ser evitadas as hipo e hiperglicemias a seguir ao retorno da circulação espontânea.

#### **Magnésio**

Não existem evidências para a utilização de magnésio por rotina durante a reanimação. O tratamento com magnésio está recomendado nas crianças com hipomagnesemia documentada, ou com Torsade de Pointes (Taquicardia Ventricular Polimórfica), independentemente da causa.

#### **Bicarbonato de Sódio**

A administração de bicarbonato por rotina durante a reanimação ou após o restabelecimento da circulação espontânea, não está recomendada. Após a ventilação eficaz, a utilização de compressões cardíacas e a administração de adrenalina, a utilização de bicarbonato pode ser considerada nas crianças cujas manobras de reanimação foram muito prolongadas e naquelas que apresentem acidose metabólica severa. O bicarbonato pode também ser considerado nos casos de instabilidade hemodinâmica e na hipercaliémia, ou na presença de *overdose* por antidepressivos tricíclicos. Quantidades exageradas de bicarbonato de sódio podem impedir a correcta oxigenação dos tecidos, produzir hipocaliémia, hipematrémia e hiperosmolaridade e inactivar as catecolaminas.

#### **Lidocaina**

A lidocaína é menos eficaz que a amiodarona perante as fibrilhações ventriculares e taquicardias ventriculares refractárias à desfibrilhação nos adultos, pelo que não constitui um medicamento de primeira linha no tratamento destes ritmos nas crianças, quando refractários.

#### **Procainamida**

A procainamida abranda a condução nas aurículas e prolonga o QRS e o intervalo QT, podendo ser utilizada no tratamento das taquicardias supraventriculares ou ventriculares resistentes a outros medicamentos, nas crianças hemodinamicamente estáveis. Contudo, os estudos em pediatria não são evidentes pelo que a procainamida deve ser utilizada cautelosamente. A procainamida é um potente vasodilatador pelo que pode provocar

hipotensão por isso, a sua administração deve ser lenta mantendo uma cuidadosa monitorização.

#### **Vasopressina**

A vasopressina é uma hormona que actua sobre receptores específicos, com acção sobre a vasoconstrição sistémica e sobre a reabsorção de água no rim. Não existe evidência que recomende ou refute a utilização de vasopressina como alternativa ou em associação com a adrenalina, perante qualquer que seja o ritmo da paragem cardíaca nos adultos. Assim, não existe actualmente nenhuma evidência que recomende a utilização de vasopressina por rotina nas reanimações em crianças.

### **3.6. Desfibrilhação**

Os desfibrilhadores podem operar de forma automática ou manual, podendo ser capazes de administrar o choque com energia monofásica ou bifásica. Os desfibrilhadores manuais são capazes de administrar qualquer energia pretendida, devendo estar disponíveis nos hospitais ou outros estabelecimentos de saúde que atendam crianças em risco de sofrerem uma paragem cardíaca. Os desfibrilhadores automáticos estão programados para todas as variáveis, incluindo a dose de energia a administrar em cada choque.

#### **Tamanho das Pás**

Devem ser utilizadas pás tão largas quanto possível para promover um bom contacto entre estas e a parede torácica. O tamanho ideal é desconhecido, mas deve haver uma boa separação entre as pás. Os tamanhos recomendados são:

- 4,5 cm de diâmetro nas crianças com menos de 10 kg;
- 8 a 12 cm nas crianças com mais de 10 kg (com mais de um ano de idade).

Para diminuir a impedância (resistência) transtorácica deve ser utilizado um condutor eléctrico entre as pás e a pele. Tanto o gel próprio como os eléctrodos multifunções são eficazes. Não deve ser utilizado gel de ultrasons, compressas embebidas em soluções salinas ou alcoólicas.

### **Posição das Pás**

Aplice as pás firmemente contra o tórax na posição antero-lateral, com uma pá colocada abaixo da clavícula direita e outra abaixo da axila esquerda. Se as pás forem demasiado largas, e se existir o risco de provocar um arco voltaico entre as pás, uma deve ser colocada nas costas abaixo da omoplata esquerda e outra na frente, à esquerda do esterno. Esta posição é conhecida com antero-posterior.

### **Força exercida sobre as Pás**

Para diminuir a impedância transtorácica durante a aplicação do choque, deve ser aplicada sobre as pás uma força de 3 kg nas crianças com menos de 10 kg de peso e, uma força de 5 kg nas crianças maiores.

### **Dose de Energia nas Crianças**

A dose ideal de energia para uma desfibrilhação segura e eficaz é desconhecida. As ondas bifásicas são consideradas mais eficazes e capazes de produzir menos disfunção no miocárdio após o choque que as ondas monofásicas. **Com desfibrilhadores manuais devem ser utilizadas os 4 J/kg (mono ou bifásicos) para o primeiro choque e seguintes.** Se não existir um desfibrilhador manual disponível utilize um desfibrilhador automático capaz de reconhecer ritmos desfibrilháveis pediátricos. Este desfibrilhador automático deve estar equipado com um dispositivo que permita diminuir a quantidade de energia administrada para uma mais compatível com a idade das crianças 1-8 anos (50-75J). Se um destes desfibrilhadores automáticos não estiver disponível, numa situação de emergência pode ser utilizado um desfibrilhador automático standard com as energias para adultos. Para crianças com mais de 25 kg (acima dos 8 anos), utilize um desfibrilhador standard com as pás standard. Não existem evidências científicas que recomendem ou contrariem a utilização de desfibrilhadores automáticos em crianças com menos de um ano.

### **Sequência de Acontecimentos na Reanimação Cárdio-Pulmonar:**

- Quando a criança fica sem resposta, sem sinais de vida (não respira, não tosse e não se detecta movimentos), inicie SBV de imediato;
- Providencie ventilação/oxigenação com máscara e insuflador com oxigénio a 100%;

- Inicie a monitorização. Peça um desfibrilhador, manual ou automático, para identificar e tratar os ritmos desfibrilháveis tão rapidamente quanto possível (numa paragem presenciada, em circunstâncias normais, a activação imediata do sistema de emergência e a obtenção rápida de um desfibrilhador automático podem ser as atitudes mais apropriadas);
- Inicie o SBV assim que possível.

Os Reanimadores devem manter o SBV com o mínimo de interrupções até à tentativa de desfibrilhação.

#### Monitorização Cardíaca:

- Posicione os eléctrodos de monitorização ou as pás de desfibrilhação tão rapidamente quanto for possível para distinguir entre os ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis.
- A monitorização invasiva da pressão arterial pode ser útil para otimizar as compressões cardíacas. No entanto o seu estabelecimento não deve atrasar as manobras de SBV e SAV.

#### Na Assistolia e na Actividade Eléctrica Sem Pulso:

- Administre adrenalina, 10 mcg/kg IV/IO, e repita cada 3-5 min (se não houver acesso vascular mas, o TET presente, administre 100 mcg/kg, por esta via até o acesso venoso estar estabelecido);
- Identifique e corrija as causas reversíveis, tais como:
  - Hipoxia;
  - Hipovolémia;
  - Hiper/hipocaliémia;
  - Hipotermia;
  - Pneumotórax Hipertensivo;
  - Tamponamento (cardíaco ou pulmonar);
  - Tóxicos/Interações medicamentosas;
  - Tromboembolismo (cardíaco ou pulmonar).

#### Na Fibrilhação Ventricular (FV) e na Taquicardia Ventricular (TV) sem Pulso:

- Deve desfibrilhar de imediato (4 J/kg para todos os choques);
- Reinicie SBV assim que possível;
- Após 2 min., verifique o ritmo cardíaco no monitor;
- Administre o segundo choque se mantiver VF/TV sem Pulso;
- De imediato reinicie SBV por 2 min. e verifique o ritmo no monitor, se não houver alterações administre adrenalina seguida de imediato do terceiro choque;
- SBV por 2 min.;
- Administre amiodarona se mantiver VF/TV sem Pulso, seguida imediatamente do quarto choque;
- Administre adrenalina cada 3-5 min durante a reanimação;
- Se a criança mantiver FV/TV sem Pulso, mantenha alternadamente os choques com 2 min. de SBV;
- Se houver sinais evidentes de vida, procure no monitor um ritmo cardíaco organizado, compatível com pulso. Se existir, pesquise pulso central;
- Identifique e trate as causas reversíveis;
- Se a desfibrilhação tiver sucesso mas a VF/TV sem Pulso recorrer, reinicie SBV, administre amiodarona e desfibrilhe novamente com a energia anteriormente eficaz;
- Inicie uma perfusão contínua de amiodarona.

### **Ritmos Desfibrilháveis**

Os ritmos desfibrilháveis são a VF e a TV sem Pulso. Estes ritmos são mais comuns na criança que sofreu um colapso súbito. A VF ocorre em 3,8-19% de todas as PCR das crianças; a incidência de FV/TV sem Pulso aumenta com a idade. O factor determinante para a sobrevivência numa VF/TV sem pulso é o tempo até à desfibrilhação. A desfibrilhação pré-hospitalar num espaço de 3 min. após uma PCR presenciada nos adultos resulta numa sobrevivência superior a 50%. Contudo, o sucesso da desfibrilhação diminui dramaticamente à medida que o tempo aumenta e por cada minuto até à desfibrilhação (sem quaisquer manobras de reanimação) a sobrevivência diminui 7-10%. A sobrevivência após 12 min. de fibrilhação ventricular numa vítima adulta é inferior a 5%. O início das manobras de SBV antes da desfibrilhação, por mais de 5 minutos, melhora a sobrevida segundo alguns estudos, embora noutros não pareça tão evidente.

#### ➤ **Fármacos nos Ritmos Desfibrilháveis**

A adrenalina é administrada cada 3-5 min., preferencialmente por via EV/IO relativamente à via endotraqueal. A amiodarona está indicada nas FV/TV sem pulso resistentes à desfibrilhação. As experiências e a prática clínica com amiodarona nas crianças são escassas; as evidências demonstradas nos estudos para adultos mostram que a amiodarona aumenta a sobrevivência para admissão hospitalar mas não para a alta. Um estudo de caso pediátrico demonstra a eficácia da amiodarona no tratamento de arritmias ventriculares. Por isso, a amiodarona tem um papel no tratamento das FV/TV sem Pulso refractárias ao choque.

#### **Ritmos Não Desfibrilháveis**

Os ritmos não desfibrilháveis compreendem a actividade eléctrica sem pulso, a bradicardia (<60 batimentos por min. sem sinais de circulação) e a assistolia. A actividade eléctrica sem pulso e a bradicardia frequentemente têm complexos QRS largos. A maioria das PCR nas crianças e adolescentes têm origem respiratória. Deste modo, um período imediato de manobras de reanimação é mandatário nestas idades, mesmo antes de providenciar um desfibrilhador, porque a sua disponibilidade imediata não melhora a sobrevida numa paragem respiratória. Iniciar a reanimação de imediato está associado a um menor défice neurológico após a paragem tanto em adultos como em crianças. O ritmo mais frequente na PCR em crianças e adolescentes é a assistolia e a actividade eléctrica sem pulso. A actividade eléctrica sem pulso caracteriza-se por uma actividade eléctrica organizada, com complexos QRS, normalmente com uma frequência baixa e, sem pulso. A actividade eléctrica sem pulso normalmente segue-se a um período de hipóxia ou isquemia do miocárdio, mas ocasionalmente pode ter uma causa reversível.

### **3.7. Arritmias**

#### **Arritmias Instáveis**

Verifique o pulso central de todas as crianças com arritmias; se o pulso não estiver presente, proceda como numa PCR. Se a criança tiver um pulso central palpável, verifique qual a repercussão hemodinâmica. Quando o estado hemodinâmico está comprometido, os primeiros passos são os seguintes:

- Permeabilize a via aérea;
- Faça ventilação assistida e administre oxigénio;
- Monitorize e identifique o ritmo cardíaco;
- Avalie se o ritmo é adequado para a idade da criança;
- Verifique se é regular ou irregular;
- Meça a largura dos complexos (estreitos <0,08 seg.; largos > 0.08 seg.);
- O tratamento ideal depende do estado hemodinâmico da criança.

### **Bradicardia**

Normalmente, a bradicardia é causada por hipóxia, acidose e hipotensão severa e pode levar à PCR. Administre oxigénio a 100% e ventilação por pressão positiva se necessário, perante qualquer criança que apresente uma bradiarritmia e falência circulatória. Perante uma criança mal perfundida que tenha uma frequência cardíaca <60 bpm e que não responda rapidamente à ventilação com oxigénio, deve iniciar as compressões cardíacas e administrar adrenalina. Se a bradicardia tiver origem na estimulação vagal providencie ventilação com oxigénio a 100% e administre atropina antes da adrenalina. Um *pacemaker* cardíaco apenas tem indicação nos casos de Bloqueio Aurícula-ventrículo ou disfunção do nóculo sinusal que não respondam ao oxigénio, à ventilação, às compressões cardíacas e à medicação; o *pacemaker* não é eficaz na assistolia nem noutras arritmias causadas por hipóxia ou isquemia.

### **Taquicardia**

#### **Taquicardia de Complexos Estreitos**

Se o ritmo parece uma Taquicardia Supra Ventricular (TSV), as manobras vagais podem ser utilizadas numa criança estável hemodinamicamente. Estas manobras podem ainda ser utilizadas nas crianças instáveis desde que não atrasem a cardioversão eléctrica ou química. Se a criança está instável hemodinamicamente, devem ser omitidas as manobras vagais e de imediato tentar a cardioversão. A adenosina é habitualmente eficaz na conversão de TSV em ritmo sinusal. A adenosina é administrada por via IV em bólus rápido tão próximo do coração quanto possível e imediatamente seguida de um bólus de SF. A cardioversão eléctrica (sincronizada com a onda R), está indicada na criança com compromisso hemodinâmico, quando o acesso

vascular não está disponível ou quando a adenosina foi ineficaz na conversão do ritmo. A primeira dose de energia para uma cardioversão eléctrica numa TSV é 0.5-1 J/kg e a segunda dose é de 2 J/kg. Se não obtiver sucesso, administre amiodarona ou procainamida, em colaboração com um cardiologista ou intensivista pediátrico, antes da terceira tentativa. A amiodarona tem sido demonstrada como sendo eficaz no tratamento das TSV em muitos estudos pediátricos. Contudo, uma vez que muitos estudos de utilização de amiodarona nas taquicardias de complexos estreitos foram para taquicardias ectópicas juncionais em crianças pós-operadas, a sua utilização em todas as TSV pode ser limitada.

#### **Taquicardia de Complexos Largos**

Nas crianças as taquicardias de complexos largos têm mais frequentemente uma origem supra-ventricular do que ventricular. Contudo, as taquicardias de complexos largos, mesmo pouco comuns, devem ser consideradas como ventriculares nas crianças hemodinamicamente instáveis, até prova em contrário. As taquicardias ventriculares são mais frequentes em crianças com doença cardíaca (após cirurgia cardíaca, cardiomiopatia, miocardite, distúrbios electrolíticos, intervalo QT prolongado, cateterismo cardíaco). A cardioversão sincronizada é o tratamento de eleição nas TV com pulso instáveis. Os antiarrítmicos devem ser considerados se uma segunda cardioversão não teve sucesso ou se a TV recorrer. A amiodarona tem sido demonstrada como sendo segura e eficaz no tratamento das arritmias em pediatria.

#### **Arritmias Estáveis**

Contacte ajuda especializada antes de iniciar a terapêutica, enquanto se mantém o ABC na criança. Dependendo da história clínica, apresentação e do diagnóstico electrocardiográfico, a criança com uma taquicardia de complexos largos estável pode ser tratada como se fosse uma TSV com execução de manobras vagais ou administração de adenosina. Caso contrário, considere a amiodarona como uma alternativa terapêutica. Este fármaco deverá ainda ser utilizado caso a TV seja confirmada no ECG. A procainamida também pode ser considerada nas TSV estáveis, refractárias às manobras vagais e adenosina assim como nas TV. Não administre procainamida com amiodarona.

### 3.8. Cuidados Pós-Reanimação

A disfunção miocárdica é comum após a reanimação. Medicamentos vasoactivos podem melhorar os parâmetros hemodinâmicos pós reanimação, mas devem ser utilizados de acordo com a clínica. Devem ser administrados de forma contínua por via endovenosa.

#### ➤ Controlo da Temperatura

A hipotermia é frequente na criança após as manobras de reanimação. A hipotermia central (32-34 °C) pode ser benéfica, enquanto que a febre pode ser prejudicial para o prognóstico neurológico dos sobreviventes. Uma criança que readquire circulação espontânea mas que mantenha o coma após a reanimação pode beneficiar de um arrefecimento para 32-34 °C por 12-24 horas. Uma criança reanimada com sucesso que recuperou a circulação espontânea e está em hipotermia não deve ser aquecida rapidamente a não ser que a temperatura seja inferior a 32 °C. Após um período de hipotermia moderada, a criança deve ser aquecida lentamente a 0.25-0.5 °C por hora. Existem vários métodos para induzir, monitorizar e manter a temperatura corporal nas crianças. Técnicas de arrefecimento externas e/ou internas podem ser utilizadas inicialmente para provocar o arrefecimento. O tremor pode ser prevenido pela sedação profunda ou pelo bloqueio neuro-muscular. Podem surgir complicações que incluem o risco de infecção, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, hiperglicemia e distúrbios electrolíticos. A temperatura óptima, ritmo de arrefecimento, duração da hipotermia e ritmo de aquecimento depois de um arrefecimento deliberado ainda não foi determinado; actualmente, nenhum protocolo específico para crianças pode ser recomendado. A febre pode surgir após as manobras de reanimação e está associada a um mau prognóstico neurológico; o risco aumenta à medida que aumenta a temperatura corporal acima dos 37 °C. Existem dados limitados que sugerem que o tratamento da febre com antipiréticos e/ou arrefecimento reduz a lesão neurológica. Os antipiréticos e outros medicamentos aconselhados para a febre são seguros por isso, utilize-os para tratar a febre agressivamente.

#### ➤ Prognóstico da PCR

Não existem guidelines simples para determinar quando é que os esforços de reanimação se tornam inúteis. Após 20 min de reanimação, o líder da equipa de reanimação deve considerar se deve ou não parar. As considerações relevantes a decisão

de continuar são a causa da PCR, as condições pré-existentes, se a PCR foi presenciada, o tempo de paragem antes do início do tratamento, a eficácia e duração do SBV, e as circunstâncias especiais associadas (afogamento, exposição a tóxicos ou drogas).

#### 4. CONCLUSÃO

As situações em que a criança está mais vezes em risco acontecem em casa, água e via pública. A etiologia da paragem cardiorespiratória na criança não é a mesma que no adulto devido às diferenças anatómicas, fisiológicas e patológicas.

O enfermeiro deve reconhecer a abordagem estruturada do Suporte Básico de Vida Pediátrico, através da qual podem prestar cuidados optimizados a toda a criança doente ou traumatizada. Deste modo, todo o profissional de saúde deve iniciar de imediato o Suporte Básico de Vida Pediátrico logo após a confirmação de paragem cardiorespiratória numa criança. O êxito da reanimação depende do êxito em estabelecer rapidamente a oxigenação e a circulação.

Saber que o Suporte Básico de Vida precoce e eficaz, com activação dos Serviços Médicos de Emergência e a subsequente realização de Suporte Avançado de Vida quando necessário, são os passos fundamentais para reduzir a mortalidade e morbilidade na paragem cardiorespiratória.

A uniformização dos cuidados, constituiu o grande objectivo do presente trabalho, que espero ter contribuído no sentido da qualidade e harmonização da intervenção do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

## 5. BIBLIOGRAFIA

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – *Curso europeu de suporte de vida pediátrico: manual*. 3ª ed. Versão Portuguesa. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Departamento de Formação em Emergência Médica, 2006.

## **Anexo 30**

Carta de Transferência de Enfermagem adaptada para o Serviço de Urgência Pediátrica



**SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**  
**CARTA DE TRANSFERÊNCIA**  
**DE ENFERMAGEM**

COLAR ETIQUETA

TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**ADMISSÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Recorreu ao Serviço de Urgência a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ h por: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

**RESPIRAÇÃO**

FR: \_\_\_\_\_ cpm Saturações de Oxigénio Periférico: \_\_\_\_\_ %  
Características: \_\_\_\_\_  
Tipo de Ventilação: Espontânea  Necessidade de Oxigenoterapia: Sim  Não   
O<sub>2</sub> a \_\_\_\_\_ % por \_\_\_\_\_  
Mecânica   
Tipo/Modo Ventilatório: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fim: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
FiO<sub>2</sub> de \_\_\_\_\_ % TET nº \_\_\_\_\_ Distância à Comissura Labial/Asa do Nariz: \_\_\_\_\_ cm  
Limpeza das Vias Aéreas: Eficaz  Necessidade de Limpeza das Vias Aéreas? Não   
Não Eficaz  Sim   
Observações: \_\_\_\_\_

**CIRCULAÇÃO**

FC: \_\_\_\_\_ bpm TA: \_\_\_/\_\_\_ mmHg MAP: \_\_\_\_\_ mmHg  
Hemorragia activa? Não   
Sim  Localização: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

**CONSCIÊNCIA**

Escala de Coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ (3 - 15) Pupilas: Isocóricas  Mediátricas  Mióticas   
Fotorreactivas: Sim  Não   
Observações: \_\_\_\_\_

**SENSAÇÕES**

Escala de Avaliação da Dor: \_\_\_\_\_ Score de Dor: \_\_\_\_\_ (0 - 10)  
Localização: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADE MOTORA**

Mobilidade: Normal  Comprometida  \_\_\_\_\_  
Fractura(s): Não   
Sim  Localização: \_\_\_\_\_  
Auxiliares de Marcha: Não   
Sim  Tipo: \_\_\_\_\_  
Cadeira de Rodas: Sim  Não  Maca: Sim  Não   
Observações: \_\_\_\_\_

**TEGUMENTOS**


Cor da Pele e Mucosas: Rosada  Ictérica  Pálida  Cianosada   
Turgescência da Pele: Hidratada  Seca   
Ferida(s): Não   
Sim  Localização: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_



## **Anexo 31**

Instrução de Trabalho “Cuidados de Higiene na Incubadora”



 CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO SA	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> <b>Instrução de trabalho</b>	<b>Código: IDT-045-UCIN</b> <b>Data da edição:</b> <b>Edição n.º : 01</b> <b>Revisão n.º: 0</b>
<b>Identificação do documento: Cuidados de higiene na incubadora</b>		
<b>Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia</b>		

**OBJECTIVO:** Orientar os enfermeiros na execução dos cuidados de higiene em incubadora

**RESPONSABILIDADES:** A execução da técnica é da responsabilidade do enfermeiro que presta o cuidado



**DESCRIÇÃO:** O banho é um excelente momento para o enfermeiro observar o comportamento do RN, tais como irritabilidade, estado de alerta, actividade muscular e outros. Os pais, particularmente a mãe, devem participar nestes cuidados, tão cedo quanto possível, dependendo do estado do recém nascido (RN).


Devem ser observados os seguintes princípios gerais na execução da técnica de cuidados de higiene na incubadora:

- ❖ A superfície cutânea do RN é levemente ácida (ph 5, logo após o nascimento), pelo que tem efeitos bacteriostáticos; por isso, devem ser utilizados sabões não alcalinos, ou simplesmente água quente, no banho do bebé; recém nascido
- ❖ O banho deve ser executado após estabilização dos sinais vitais do RN,
- ❖ Os cuidados de higiene devem ser feitos na direcção cefalocaudal, das zonas mais limpas para as mais sujas;
- ❖ O RN deve ser bem seco, com especial atenção para a cabeça, orelhas e zonas de pregas;
- ❖ O material a utilizar deve ser individualizado;
- ❖ A incubadora deve ser mantida limpa, sendo substituída de 7/ 7 dias.

#### **CUIDADOS DE HIGIENE NA INCUBADORA- Técnica**

- ✓ Lavar meticulosamente as mãos antes de iniciar a técnica;
- ✓ Preparar o material necessário e colocá-lo junto ao RN;
- ✓ Avaliar e registar sinais vitais , coloração da pele , aspecto geral e peso do RN;

Revisto por:UCINP	Aprovado por		Próxima revisão	Páginas
2006/003/22	Data:	 	Data: Janeiro 2008	1-2

 CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO SA	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>Código: IDT-045-UCIN</b>
	<b>Instrução de trabalho</b>	<b>Data da edição:</b> <b>Edição n.º : 01</b> <b>Revisão n.º: 0</b>
<b>Identificação do documento: Cuidados de higiene na incubadora</b>		
<b>Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia</b>		

- ✓ Regular a temperatura da incubadora, se necessário;
- ✓ Retirar monitorização deixando apenas a necessária para a avaliação constante do RN;
- ✓ Colocar a toalha de banho sob o RN;
- ✓ Com a manípula embebida na água do banho iniciá-lo, das zonas mais limpas para as mais sujas, enxugando-se de imediato cada parte do corpo;
- ✓ Lavagem da região ocular com soro fisiológico;
- ✓ Desinfectar o cordão umbilical com compressa esterilizada, embebida em álcool a 70°;
- ✓ Substituir o lençol da base da incubadora;
- ✓ Cuidar do aspecto do RN , recolocar a monitorização e posicioná-lo confortavelmente;
- ✓ Substituir diariamente a água do reservatório da incubadora ;
- ✓ Recolher o material utilizado e proceder ao arrumo da unidade do RN;
- ✓ Providenciar lavagem , desinfecção e esterilização do material , conforme a sua especificidade;
- ✓ Lavar cuidadosamente as mãos após a execução da técnica.

Revisto por:UCINP		Aprovado por		Próxima revisão	Páginas
2006/003/22		Data:	<i>2006/03/22</i>	Data: Janeiro 2008	2-2

## **Anexo 32**

Reformulação da Instrução de Trabalho “Cuidados de Higiene na Incubadora”



## Instrução de Trabalho

**Identificação do documento:** Cuidados de higiene na incubadora

**Âmbito:** Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia

**OBJECTIVO:** Orientar os enfermeiros na execução dos cuidados de higiene em incubadora

**RESPONSABILIDADES:** A execução da técnica é da responsabilidade do enfermeiro que presta o cuidado.

### **DESCRIÇÃO:**

O banho é um excelente momento para o enfermeiro observar o comportamento do RN (recém-nascido), tais como irritabilidade, estado de sono-vigília, actividade muscular, entre outros.

O momento do banho proporciona uma oportunidade para o enfermeiro envolver os pais, particularmente a mãe, no cuidado do seu filho, tão cedo quanto possível, dependendo do estado do RN, ensinando-lhes os procedimentos dos cuidados de higiene e as necessárias regras de segurança.

A realização dos cuidados de higiene do RN tem como objectivos:

- Manter o RN limpo e seco;
- Promover o conforto e integridade cutânea;
- Prevenir infecções.

Relativamente à limpeza da pele é muito importante a preservação do “manto ácido” da pele, o qual é formado pela parte mais superficial da epiderme, o suor, a gordura superficial, os produtos metabólicos e substâncias externas como o líquido amniótico, microorganismos e químicos.

A superfície da pele do RN possui um pH em torno de 5 logo após o nascimento e os efeitos bacteriostáticos deste pH são significativos. Deste modo, apenas água morna deve ser utilizada no banho. Sabões alcalinos, óleos, talcos e loções não devem ser utilizados porque alteram o “manto ácido” e, conseqüentemente, proporcionam um ambiente para o crescimento bacteriano.

Nas primeiras 2 semanas o RN deve ser lavado não mais que 2 a 3 vezes por semana com uma esponja de água morna estéril. Esta prática ajuda a manter a integridade da pele do RN e permite a secagem completa do cordão umbilical. Os banhos diários com sabão no RN não são recomendados. O RN prematuro com menos de 32 semanas de gestação só deve ser lavado com água estéril.

Devem ser observados os seguintes princípios gerais na execução da técnica de cuidados de higiene na incubadora:

- A superfície cutânea do RN é levemente ácida (pH 5, logo após o nascimento), pelo que tem efeitos bacteriostáticos; por isso, devem ser utilizados sabões não alcalinos, ou simplesmente água quente, no banho do RN;
- O banho só deve ser executado após a estabilização dos sinais vitais do RN, especialmente da temperatura;
- Os cuidados de higiene devem ser realizados na direcção cefalocaudal (cabeça-pés), das zonas mais limpas para as mais sujas. A lavagem do períneo deve ser realizada no sentido antero-posterior;
- O RN deve ser bem seco, com especial atenção para a cabeça, orelhas e zonas de pregas;
- O material a utilizar deve ser individualizado;
- A incubadora deve ser mantida limpa, sendo substituída de 7/7 dias.

#### **CUIDADOS DE HIGIENE NA INCUBADORA – Técnica**

- ✓ Lavar meticulosamente as mãos antes de iniciar a técnica;
- ✓ Preparar o material necessário e colocá-lo junto ao RN;
- ✓ Avaliar e registar os sinais vitais, coloração da pele, aspecto geral e peso do RN;
- ✓ Regular a temperatura da incubadora, se necessário;
- ✓ Retirar monitorização deixando apenas a necessária para a avaliação constante do RN;
- ✓ Colocar a toalha de banho sob o RN;
- ✓ Com a manípula embebida na água do banho iniciá-lo, das zonas mais limpas para as mais sujas, enxugando-se de imediato cada parte do corpo;
- ✓ Lavagem da região ocular com soro fisiológico, da região externa para a interna;
- ✓ Desinfectar o cordão umbilical com compressa esterilizada, embebida em álcool a 70°;
- ✓ Substituir o lençol da base da incubadora;
- ✓ Cuidar do aspecto do RN, recolocar a monitorização e posicioná-lo confortavelmente;
- ✓ Substituir diariamente a água do reservatório da incubadora;

- ✓ Recolher o material utilizado e proceder à arrumação da unidade do RN;
- ✓ Providenciar lavagem, desinfecção e esterilização do material, conforme a sua especificidade;
- ✓ Lavar cuidadosamente as mãos após a execução da técnica.

