IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Aprendizagens em Contexto Simulado

Normas de Procedimento de Enfermagem
Saúde Mental
Saúde Sexual e Reprodutiva
Criança e Jovem
Volume V

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM ESS | IPS

2020

APRENDIZAGENS EM CONTEXTO SIMULADO

Saúde Mental/ Saúde Sexual e Reprodutiva/ Criança e Jovem

Volume V

NORMAS DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

Coordenadores

Ana Lúcia Ramos

Fernanda G.C. Marques

Francisco Vaz

Lino Ramos

Revisão Científica

Saúde mental:

Fernanda Paula Leal, Lino Ramos & Ricardo Rodrigues

Saúde sexual e reprodutiva: Fernanda G.C. Marques & Zélia Candeias

Criança e jovem: Ana Lúcia Ramos, Ana Rita Figueira, Carla Trindade, Francisco Vaz, Marta Castro Jesus & Mónica Costa

Autores e Colaboradores

Equipa Docente das Unidades Curriculares de: Enfermagem V, Enfermagem VI e Enfermagem VII

Estudantes do 17.º e 18.º CLE da ESS | IPS, no âmbito das unidades curriculares de Enfermagem V, VI e VII

Estudantes do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Edição

Departamento de Enfermagem ESS | IPS

Campus do IPS, Estefanilha

2914-503 Setúbal, Portugal

www.ess.ips.pt

ISBN: 978-989-54837-3-0

Data: dezembro de 2020

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APGAR – Índice de Virgínia Apgar

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDIN – Échelle de Douleur et D´Inconfort du Nouveau-Né

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EFS-VM – Early Feeding Skills – Versão modificada

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

FPS-R – Faces Pain Scle Revised

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de massa Corporal

N-PASS – Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

NFCS – Neonatal face Coding System

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

NP – Nutrição parentérica

PIPP – Premature Infant Pain Scale

PNRN – Programa Nacional de Rastreio Neonatal

RN – Recém-nascido/a

SNC – Sistema Nervoso Central

SpO_2 – Saturação periférica de oxigénio

ÍNDICE GERAL

APRESENTAÇÃO 11
AVALIAR SINAIS VITAIS 15
NORMA 01. AVALIAR TEMPERATURA CORPORAL A CRIANÇAS E JOVENS 17
Cátia Marques, Gabriela Hutulac, Raquel Nicolau, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus
NORMA 02. AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL A CRIANÇAS E JOVENS 33
Ana Pina,Cristiano Martins,Diogo Silva,Inês Cantante,Susana Morais,Ana R. Figueira & Marta Jesus
NORMA 03. AVALIAR A RESPIRAÇÃO A CRIANÇAS E JOVENS 45
Áureo Freitas, Fabíola Soares, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus
NORMA 04. AVALIAR O PULSO A CRIANÇAS E JOVENS 51
Carla Trindade, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos
NORMA 05. AVALIAR A DOR A CRIANÇAS E JOVENS 61
Alexandra Castro, Ana Coelho, Cláudia Ruas, Raquel Santos, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus
PROMOVER O CONFORTO 73
NORMA 06. EXECUTAR CUIDADOS IMEDIATOS AO NEONATO 75
Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias
NORMA 07. EXECUTAR MASSAGEM RELAXAMENTO À CRIANÇA 81
Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos
NORMA 08. EXECUTAR MASSAGEM ABDOMINAL PARA ALÍVIO DE CÓLICAS 87
Mónica Costa & Ana Rita Figueira
NORMA 09. EXECUTAR BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A NO BALDE 93
Ana Rita Ramalho, Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias
NORMA 10. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE O BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A 103
Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias
NORMA 11. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE CUIDADOS AO COTO UMBILICAL 111
Ana Rita Ramalho, Fernanda Gomes da Costa Marques, Vanessa Oliveira & Zélia Candeias

NORMA 12. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA A VESTIR E DESPIR O/A RECÉM-NASCIDO/A 119

Fernanda Gomes da Costa Marques; Zélia Candeias

PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA 125

NORMA 13. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ... 127

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

NORMA 14. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A LAVAGEM, DESINFEÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE BIBERÕES 139

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

NORMA 15. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO/A RECÉM-NASCIDO/A DE TERMO OU PREMATURO/A POR COPO 145

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

NORMA 16. EXECUTAR ENTUBAÇÃO GÁSTRICA, VIA ORAL E NASAL A CRIANÇAS E JOVENS. 153

Ana R. Peralta, Mafalda Branco, Marta Santana, Pedro Caldeira, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

NORMA 17. ALIMENTAR A CRIANÇA/JOVEM ENTERICAMENTE POR SONDA GÁSTRICA 163

Ana Brito, Cátia Silva, Gonçalo Rodrigues, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

NORMA 18. ALIMENTAR POR VIA PARENTÉRICA CRIANÇAS E JOVENS 173

Ana Cristina Paulo; Ana Sofia Ferreira; Corália Pinto, Micaela Duque & Mónica Costa

PROMOVER RESPIRAÇÃO EFETIVA 179

NORMA 19. AVALIAR SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÉNIO A CRIANÇAS E JOVENS 181

Carla Trindade & Ana Lúcia Ramos

NORMA 20. ADMINISTRAR OXIGÉNIO SUPLEMENTAR A CRIANÇAS E JOVENS 189

Isabella Rodrigues,Mariana Brigantin,Micaella Soares,Miriam Matias,Francisco Vaz & Carla Trindade

NORMA 21. ASPIRAR SECREÇÕES A CRIANÇAS E JOVENS 209

Cláudia Jacinto, Lígia Tibério, Patrícia Balancho, Ana Lúcia Ramos & Carla Trindade

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA 221

NORMA 22. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA A CRIANÇAS E JOVENS 223

Filipa Serra, Gertrudes Susana da Silva, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

NORMA 23. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA RETAL A CRIANÇAS E JOVENS 241

Carolina Marques, Daniela Lima, Inês Cruz, Marisa Guerra, Matilde Cortez, Mónica Costa, Ana Ramos & Ana Rita Figueira

NORMA 24. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA A CRIANÇAS E JOVENS.....251

Inês Bastos, Inês Mendes, Mariana Santos, Vanessa Machado, Ana Ramos & Ana Rita Figueira

NORMA 25. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INTRAMUSCULAR A CRIANÇAS E JOVENS265

Carla Trindade, Josefina Lopes, Marta Jesus, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

NORMA 26. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA ENDOVENOSA A CRIANÇAS E JOVENS.....280

Ana M.Peres, Ana Ratão, Gianina Apostol, Mariana Sobrinho, Ana R.Figueira, Francisco Vaz & Ana Ramos

PREVENIR COMPLICAÇÕES 290

NORMA 27. IMOBILIZAR A CRIANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS

Francisco Vaz& Carla Trindade 292

NORMA 28. PUNCIONAR VEIA PERIFÉRICA A CRIANÇAS E JOVENS.....298

Patrícia Gouveia, Telma Campaniço, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

NORMA 29. EXECUTAR COLHEITA DE URINA POR SACO COLETOR A CRIANÇAS.....310

Carla Bessa, João Cruz, Paulo Borges, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

Norma 30. INSERIR CATÉTER URINÁRIO NAS CRIANÇAS E JOVENS.....316

Francisco Vaz & Ana Lúcia Ramos

PROMOVER O CONHECIMENTO 330

NORMA 31. ENSINAR A MULHER SOBRE AUTOEXAME DA MAMA 332

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

GUIA 1. GUIA EXPLICATIVO PARA O USO DE ALGUNS MEDIADORES DE EXPRESSÃO 338

Lino Ramos, Fernanda Paula Leal & Ricardo Rodrigues

NOTA FINAL.....348

APRESENTAÇÃO

Este e-book, sob a epígrafe ***Aprendizagens em Contexto Simulado. Normas de Procedimento de Enfermagem. Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva, Criança e Jovem*** que ora se apresenta, tanto representa uma etapa do percurso iniciado em 2000, com a decisão de lecionação das aulas práticas a partir de normas de procedimento, como abre uma nova etapa de desenvolvimento curricular, do novo plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Há um percurso de etapas anteriores, que reconhecemos integrador e de continuidade, integrando alterações e atualização.

Deixando aqui um pouco da nossa história, a primeira edição do estilo, o então designado *Manual 2002: Normas de Procedimento*, decorreu de um Projeto de Elaboração de Normas de Procedimento, desenvolvido no âmbito da colaboração interinstitucional, da responsabilidade de um grupo de professores e de enfermeiros nomeados pelas instituições, nomeadamente, Hospital de São Bernardo - Setúbal, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, Centro de Saúde do Bonfim, de São Sebastião e do Seixal, que laboraram em conjunto no ano letivo de 2001/2002. Esse Manual, num volume que continha 37 normas, com a intencionalidade de sistematizar a lecionação das práticas, foi utilizado como suporte ao ensino prático nos anos subsequentes.

Entendeu-se necessário atualizar bem como ampliar o número de normas disponíveis – um grupo de elaboração de normas e um grupo de revisão assumiu essa tarefa no ano letivo de 2004/2005, com o *Manual de Normas 2005.* Ainda assim, verificámos que não existiam normas formalizadas para todos os procedimentos lecionados e que existiam procedimentos que, não sendo passíveis de uma estrutura de norma, podiam ser sujeitos a Guias ou a Recomendações.

No ano letivo de 2005/2006, com reforço do mesmo objetivo pedagógico e em continuidade com os objetivos científicos da aprendizagem das práticas, foi efetivado o *Projeto de Normas 2006*. Nas estratégias então definidas, incluímos a constituição do GEN - Grupo de Elaboração de Normas, com um docente de cada unidade curricular, e o Grupo de Revisão Científica de Normas.

À época, aferimos alguns pressupostos, centrados na lecionação das práticas de Enfermagem e entendemos que uma *norma de procedimento é* a descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada; fornece regras, diretrizes e etapas para um procedimento técnico, cuja observância é obrigatória, tendendo à obtenção de um desempenho relativamente padronizado. A norma de procedimento é baseada em princípios

científicos e suportada pelas teorias e práticas mais recentes, destinando-se a uso comum e repetido de lecionação e de aprendizagem.

Além das normas de procedimento, o *Manual 2006* incluiu *guias de atuação* [seguem a lógica das g*uidelines*, linhas orientadoras para a abordagem de um problema, atividade, equipamento ou recurso; podem integrar itens mais complexos, incluindo objetivos, técnicas, atuação terapêutica] e *recomendações* [explicitação, por tópicos ou temas, de um conjunto de aspetos a ter em conta relativamente a um assunto concreto, com a flexibilidade de se adaptarem num contexto específico; são suportadas pela teoria, pela evidência e/ou por resultados de investigação. Constitui exemplo as recomendações para a manutenção de um ambiente seguro]. Assim, o *Manual 2006 – Técnicas de Enfermagem*, tinha três volumes - organizado de acordo com o Eixo-ação (maioritariamente) e o Eixo-cliente (adulto, no volume I e criança no volume II). No volume I, contavam-se 50 Normas de Procedimento e 14 no Volume II, existindo 11 Recomendações e 19 Guias no Volume III.

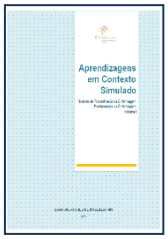
Em 2010/2011, começámos a rever as normas, com a integração de algumas questões temáticas e/ou mais problemáticas nas unidades curriculares de Investigação (do 3º e 4º anos) e a estabelecer um processo de revisão com sede no desenvolvimento da lecionação nas unidades curriculares. Assim, procedemos a partir da lecionação para a revisão das normas e utilizando a revisão sistemática ou integrativa para recolha de contributos de revisão/atualização das normas. Neste percurso, com a meta temporal da produção do Relatório de Autoavaliação do curso, submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, na conjugação de diversos fatores, tornou-se claro que procederíamos a um natural e desejável desenvolvimento curricular.

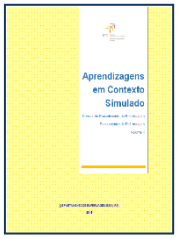
No processo de reformulação do plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, deliberámos que as aulas teórico-práticas e práticas, que integravam quase todas as unidades curriculares de Enfermagem e eram relativas a procedimentos, técnicas e práticas poderiam constituir unidades curriculares autónomas, como eixo transversal nos quatro anos do curso. E criámos as unidades curriculares de "**Aprendizagens em Contexto Simulado**" (ACS's), para as quais definimos objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes), visando o desenvolvimento de competências procedimentais aliadas às de raciocínio crítico, tomada de decisão e de gestão clínica. Assim, o currículo passou a ter seis unidades curriculares ACS, distribuídas ao longo dos quatro anos - mais concretamente no primeiro e segundo semestre do primeiro ano e do segundo anos, no primeiro semestre do terceiro e do quarto anos.

Fica explicado parte do título - "Aprendizagens em Contexto Simulado" -, a partir do percurso do próprio plano de estudos do curso, e porque é que representa a abertura de uma nova etapa curricular - construindo a partir das experiências pedagógicas e dos manuais anteriores, perspetivando alterações e projetando, em conformidade, a publicação de seis volumes, um de e para cada unidade curricular.

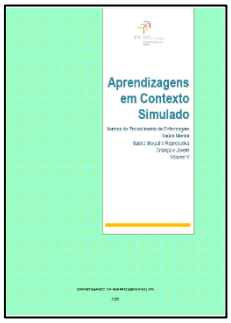
Não obstante ir longa esta *apresentação*, que visa um volume, mas se debruça sobre as origens, história e coleção, gostaria de assinalar as mudanças na estrutura destes manuais de procedimentos, escolhas que correspondem ao próprio desenvolvimento paradigmático, epistémico, científico, dos fundamentos, consolidação e implementação de processos de ensino-aprendizagem do curso. Adicionalmente, a equipa científica passou a ser definida a partir da unidade curricular, o que no caso das ACS representa um eixo transversal do CLE.

A coleção dos manuais de ACS começou com o volume I, que incluiu 5 partes, relativas a *Envolver e avaliar a pessoa e a sua família no contexto de cuidados* (3 normas), *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Providenciar cuidados de conforto* (6 normas), *Promover a mobilidade física* (5 normas) e *Promover eliminação efetiva* (4 normas). Com um total de 21 normas, este volume cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular de *Aprendizagens em Contexto Simulado I*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem I*, destinado à lecionação no primeiro semestre do primeiro ano do CLE. Seguiu-se o volume II, *Fundamentos de Enfermagem II*, a estrutura considera 5 partes, relativas a *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Promover respiração efetiva* (1 norma), *Promover alimentação efetiva* (2 normas), *Promover eliminação efetiva* (1 norma) e *Avaliar risco de complicação* (4 normas). Com um total de 11 normas, cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular de *Aprendizagens em Contexto Simulado II*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem II*, destinado à lecionação no segundo semestre do primeiro ano do CLE.





O volume que se apresenta é o V, ajustado para responder aos objetivos de aprendizagem do 1º semestre do 3º ano, sendo que o plano de estudos inclui três áreas: **Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva e Criança e Jovem**. Estas áreas, que estão desde o início do CLE no 3º ano, representam, por um lado, o cumprimento da Diretiva e uma associação por proximidades epistemológicas, científicas e de competências profissionais.



A Lei n.º 9/2009 de 4 de Março transpôs para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e nesta matéria não houve alterações com a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. Define-se, no anexo II-2, relativo ao *Enfermeiro responsável por cuidados gerais*, que o programa de estudos compreende "Puericultura e pediatria; Higiene e cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido; Saúde mental e psiquiatria", no Ensino teórico e Ensino clínico.

Para o pleno cumprimento desta exigência, complementada com o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, existem, no plano de estudos, as unidades curriculares de Enfermagem V, VI e VII e ACS V, contemporâneas no 1º semestre do 3º ano.

Este e-book apresenta, fundamenta e aprofunda 31 normas de procedimento de enfermagem e um guia explicativo, integradas em 7 áreas temáticas: 1) garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados; 2) promover integridade cutânea efetiva; 3) promover respiração efetiva; 4) promover alimentação efetiva; 5) promover eliminação efetiva; 6) avaliar risco de complicação e 7) promover o conhecimento.

Os estudantes podem, agora, dispor de um manual de apoio às suas aprendizagens, ainda que, como todos os manuais pedagógicos de matriz científica, se possa contar que a utilidade vá além dos espaços académicos, para os contextos clínicos de prestação de cuidados.

Como se constata na ficha técnica e no próprio índice, bem como em cada norma, estão identificados autores, revisores e colaboradores. A todos, o nosso reconhecimento pela obra produzida e profundo agradecimento, especialmente a Ana Lúcia Ramos, Fernanda Gomes da Costa Marques, Francisco Vaz e Lino Ramos, na diligência necessária para a coordenação desta obra.

Se o percurso que permite, hoje, compreender e materializar esta produção é relevante, tanto ou mais será a sua implementação, discussão, e, no tempo, a natural revisão e atualização futura. Porque em matérias de ensinar e aprender Enfermagem, um marco de etapa serve, fundamentalmente, para prosseguir caminho.

Lucília Nunes
Coordenadora do Departamento de Enfermagem
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal

AVALIAR SINAIS VITAIS

Norma 01. *Avaliar temperatura corporal a crianças e jovens*

Norma 02. *Avaliar tensão arterial a crianças e jovens*

Norma 03. *Avaliar respiração a crianças e jovens*

Norma 04. *Avaliar pulso a crianças e jovens*

Norma 05. *Avaliar dor a crianças e jovens*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 01. AVALIAR TEMPERATURA CORPORAL A CRIANÇAS E JOVENS

Cátia Marques, Gabriela Hutulac, Raquel Nicolau, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carater autónomo e interdependente que consiste na monitorização da temperatura corporal através de aparelhos de medição (termómetros) e na determinação do seu significado.

A temperatura é a medição do índice de calor no corpo, podendo ser avaliada por via axilar, oral, retal e timpânica.

OBJETIVOS:

Identificar dados basais que permitam determinar o estado de saúde atual da criança ou do adolescente (Lopes, et al., 2016).

Identificar precocemente complicações que possam ocorrer (Lopes, et al., 2016).

Avaliar a evolução do estado da criança/jovem aquando de quadro de febre ou hipotermia (Lopes, et al., 2016).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

A temperatura corporal deve ser avaliada: (Hockenberry & Wilson, 2016)

a) De acordo com o protocolo do serviço em que a criança/jovem se encontra;
b) Quando a criança/jovem apresentar sinais de instabilidade e com alterações na termorregulação;
c) Quando a criança/jovem estiver em situação de doença aguda.

A temperatura individual tem um ritmo circadiano, sendo mais elevada entre as 16 e as 21 horas, e diminuindo de 0,5˚C a 1,0˚C entre as 3 e as 8 horas da madrugada (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
Existe febre quando a temperatura corporal está 1˚C acima da temperatura média basal individual, tendo em conta o local e a hora de avaliação. Exemplo: "se o indivíduo tem temperaturas axilares basais que variam de 36,1˚C a 37,1˚C (média 36,6˚C), deverá considerar-se como febre um valor igual ou superior a 37,6˚C" (Orientação nº 005/2018, 2018, p. 1).

É importante não subestimar a impressão subjetiva que as mães têm sobre os filhos terem febre, pois a sua sensibilidade é de aproximadamente 85%, visto conhecerem bem os seus filhos e terem conhecimento acerca da temperatura normal dos mesmos (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

Caso se desconheça a temperatura média basal da criança/jovem, é aceitável considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores de temperatura (DGS, Norma nº 014/2018, 2018):

- Retal ≥ 38˚C;
- Axilar ≥ 37,6˚C;
- Timpânica ≥ 37,8˚C;
- Oral ≥ 37,6˚C

Segundo o Processo Assistencial Integrado de Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (DGS, 2018), elaborado pela Direção-Geral de Saúde, o nível de risco da criança/jovem com febre é classificado, conforme sinais de alerta presentes, em:

- Risco baixo (R1);
- Risco intermédio (R2);
- Risco alto (R3).

	Risco baixo (R1)	**Risco intermédio (R2)**	**Risco alto (R3)**
Cor (da pele, lábios ou língua)	• Normal	• Pálida (opinião dos pais/cuidadores)	• Pálida / marmoreada / cinzenta ou cianosada
Atividade e vigília	• Responde normalmente aos estímulos sociais • Contente / sorridente • Vigília ou acorda com facilidade • Choro vigoroso/não chora	• Não responde normalmente aos estímulos sociais • Não sorri • Acorda apenas mediante estimulação prolongada • Atividade diminuída	• Sem resposta aos estímulos sociais • Apresenta "sensação de doença" ao profissional de saúde • Não acorda ou se acorda adormece rapidamente • Choro fraco, gritado ou contínuo
Respiratório	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Adejo nasal • Taquipneia - frequência respiratória: > 50 c/min (6-12 meses) > 40 c/min (>12 meses)	• Gemido expiratório (respiração entrecortada) • Taquipneia - frequência respiratória: > 60 ciclos resp/min • Tiragem moderada a grave
Circulação e Hidratação	• Pele e olhos normais • Mucosas húmidas	• Taquicardia - frequência cardíaca: > 160 bpm (<12 meses) > 150 bpm (12-24 meses) > 140 bpm (2-5 anos) • TRC ≥ 2 segundos • Mucosas secas • Recusa alimentar > 12 horas • Diminuição da diurese (informação dos pais)	• Taquicardia - frequência cardíaca: > 180 bpm • Avidez por líquidos • Hipotensão • Oligúria • Prega cutânea
Neurológico	• Nenhum dos sintomas ou sinais de Risco Intermédio (R2) ou Alto (R3)	• Convulsão simples	• Convulsões complexas • Rigidez da nuca • Status epilético • Sinais neurológicos focais
Dor	• Ausente a ligeira	• Moderada	• Severa
Outros	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Idade entre 1-6 meses, a temperatura ≥ 39°C • Acrocianose • Calafrios • Edema de um membro ou articulação • Mobilidade ou força reduzida dos membros	• Idade <1 mês • Petéquias ou lesões maculares dispersas nas primeiras 24 horas • Fontanela abaulada

Fonte: Traduzido e adaptado de "*Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years; NICE Clinical Guidelines; May 2013*".

O tratamento da febre tem como objetivo somente minimizar o desconforto da criança/jovem (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

Antes do procedimento:

- Conhecer a temperatura média basal da criança/jovem;
- Observar estado geral e conforto da criança/jovem, nomeadamente pele, mucosas e comportamento (DGS, Orientação nº 004/2018, 2018).
- Escolher o local mais adequado para avaliação da temperatura na criança/jovem;

Durante o procedimento:

- Proporcionar ambiente calmo e limpo (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
- Minimizar possível dor e desconforto provocados à criança/jovem (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
- Interagir com a criança através do brincar terapêutico, de modo a estabelecer uma relação de confiança e permitir que a criança expresse os seus sentimentos, medos e receios relativos à sua vivência (Santos L. , 2015).
- Proporcionar a informação necessária para promover a participação e decisão da criança/jovem e dos cuidadores. É importante que a informação dada seja individualizada, compreensível, em tom amável e tranquilizante, bem como adequada ao grupo etário da criança/jovem (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
- Ensinar/instruir sobre a correta utilização do termómetro aos cuidadores e/ou à criança/jovem, dependendo do seu estadio de desenvolvimento (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
- Comunicar de forma individualizada e clara, adaptada ao nível sociocultural da criança/jovem e dos cuidadores (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).
- Fornecer aos cuidadores o folheto informativo (parte integrante do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica ou outro elaborado pelo serviço em que a criança/jovem se encontre), de forma a promover o ensino/instrução dos cuidadores sobre os sinais e sintomas que, acompanhando a febre, justificam a deslocação ao serviço de saúde de referência (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

Após o procedimento:

Caso a criança/jovem tenha febre ou exista história de febre:

- Ensinar sobre sinais e sintomas de febre aos cuidadores e/ou à criança/jovem, dependendo do seu estadio de desenvolvimento, pois têm maior importância que o valor isolado da temperatura:

a) Irritabilidade, gemido mantido;

b) Sonolência excessiva ou dificuldade em adormecer;

c) Convulsão;

d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre;

e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar;

f) Vómitos repetidos entre as refeições;

g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano, e sede insaciável;

h) Dor perturbadora, choro inconsolável ou criança que não tolera o colo;

i) Calafrios;

j) Acrocianose[1] na subida térmica;

k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha;

l) Urina turva ou com mau cheiro (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

- Medidas farmacológicas antipiréticas e de alívio do desconforto (com prescrição médica):

a) Paracetamol – fármaco de 1ª linha:

   i. Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);

   ii. Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia);

   iii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas.

b) Ibuprofeno, apenas se existir contraindicação ao paracetamol:

   i. Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia);

   ii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

- Medidas não farmacológicas antipiréticas e de alívio do desconforto:

a) Gestão do vestuário – adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento, mas mantenha o conforto da criança/jovem (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

b) Manter temperatura ambiental entre 20-22°C;

c) Adequar a atividade à capacidade da criança/jovem com febre;

[1] Acrocianose ocorre quando a pele adquire um tom azulado nas extremidades. Fora do período neonatal é indicador de má condução do O_2 para os tecidos (DGS, Norma nº 014/2018, 2018).

d) Alimentar sem forçar;

e) Oferecer água ou leite, no caso dos lactentes (DGS, Orientação nº 004/2018, 2018).

f) Caso a criança/jovem tenha hipotermia ou exista história de hipotermia:

- Ensinar sobre sinais e sintomas de hipotermia aos cuidadores e/ou à criança/jovem, como presença de pele muito vermelha e fria e prostração (Direção Geral da Saúde, s.d.).

Caso a criança/jovem esteja com hipotermia:

Medidas farmacológicas (com prescrição médica) (Kornusky & Hurst, Hypothermia: Managing in the Neonate and Infant, 2017)**:**

a) Oxigenioterapia;

b) Terapêutica endovenosa (dextrose a 10% 60-80 ml/kg/dia)

Medidas não farmacológicas (Kornusky & Hurst, Hypothermia: Managing in the Neonate and Infant, 2017; Kornusky, Woten, & Pravikoff, Hypothermia: Managing the Patient with, 2018).

a) Avaliar tipo de hipotermia;

b) Monitorizar estado de consciência;

c) Monitorizar sinais vitais;

d) Monitorizar glicémia capilar;

e) Manter hidratação da criança/jovem;

f) Manter criança/jovem aquecida com uso de cobertores;

g) Evitar ingestão de líquidos frios;

h) Evitar correntes de ar no meio onde criança/jovem se insere;

i) Administrar terapêutica endovenosa a uma temperatura mais quente que a temperatura individual basal da criança/jovem;

j) Incentivar pele a pele entre mãe/pai/cuidador e o/a recém-nascido/lactente;

k) Ter uma fonte de calor entre 37-38ºC

MATERIAL NECESSÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR:

Compressas limpas;	Cuvete riniforme;
Álcool etílico a 70%;	Termómetro digital ou termómetro de vidro com coluna líquida de *Galinstan*.

AVALIAR A TEMPERATURA AXILAR	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da criança/jovem.	2. Economiza tempo e facilita a execução do procedimento.
3. Confirme a identificação da criança/jovem.	3. Garante a execução do procedimento à pessoa certa.
4. Explique o procedimento à criança/jovem e/ou aos cuidadores e peça o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4. Obtém consentimento livre e esclarecido e colaboração. Diminui a ansiedade da criança e/ou dos cuidadores e promove a parceria de cuidados.
5. Garanta a privacidade da criança/jovem.	5. Garante o respeito pela privacidade.
6. Realize a higiene das mãos.	6. Previne a contaminação.
7. Peça à criança/jovem que se posicione de acordo com o local a avaliar a temperatura, ou ensine os cuidadores, quando criança muito pequena.	7. Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
8. Peça a colaboração dos cuidadores, questionando-os se querem ser os mesmos a realizar o procedimento ou à criança/jovem. Deve-se colocar o termómetro digital desligado, com o bulbo em contacto com a pele, posicionando-o perpendicularmente à axila (Hockenberry & Wilson, 2016).	8. Permite a determinação da temperatura.
9. Assegure-se que o bulbo do termómetro não entra em contacto com a roupa.	9. Previne erros.
10. Imobilize ou instrua a criança/jovem sobre a necessidade de imobilização do membro superior. Deve-se flexionar o cotovelo e comprimir levemente o antebraço contra o tronco.	10. Evita uma avaliação incorreta da temperatura.
11. Dependendo do tipo de termómetro:	11. Permite estabilizar a temperatura da axila e, consequentemente, uma maior sensibilidade da

- Mantenha o termómetro axilar no local durante 5 minutos (DGS, Norma nº 014/2018, 2018). - Ligue o termómetro digital e espere 30 segundos a três/cinco minutos.	medição. Permite uma avaliação mais exata da temperatura.
12. Retire o termómetro e realize a leitura do mesmo.	12. Permite ajuizar se a criança se encontra em hipotermia, apirética ou febril.
13. Informe a criança/jovem e os cuidadores sobre o resultado e o seu significado, e ensine os mesmos sobre os sinais e sintomas da febre.	13. Empodera os cuidadores e a criança/jovem acerca da situação da mesma.
14. Desinfete o termómetro com álcool a 70%.	14. Previne contaminação.
15. Reúna e acondicione o material.	15. Mantém o espaço de trabalho arrumado. Previne acidentes.
16. Realize a higienização das mãos.	16. Previne a contaminação.
17. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, resultado obtido e o seu significado, observação física realizada, complicações, colaboração da criança ou adolescente, colaboração dos cuidadores e reação da criança ou adolescente e dos cuidadores). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	17. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, promove a continuidade dos cuidados e identifica quem o executou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA RETAL:

Compressas limpas;	Luvas;
Álcool etílico a 70%;	Gel lubrificante hidrossolúvel;
Cuvete riniforme;	Termómetro digital ou termómetro de vidro com coluna líquida de G*alinstan.*

AVALIAR A TEMPERATURA RETAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higiene das mãos.	1.Previne infeção.
2. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da criança.	2.Economiza tempo e facilita a execução do procedimento.
3. Confirme a identificação da criança.	3.Garante a execução do procedimento à pessoa certa.
4. Explique o procedimento à criança e/ou aos cuidadores e peça o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4.Obtém consentimento livre e esclarecido e colaboração. Diminui a ansiedade da criança e/ou dos cuidadores, promove a parceria de cuidados.
5. Garanta a privacidade da criança.	5.Garante o respeito pela privacidade.
6. Realize a higienização das mãos.	6.Previne infeção.
7. Peça à criança que se posicione de acordo com o local a avaliar a temperatura, ou ensine os cuidadores, quando criança muito pequena.	7.Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
8. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da criança.	8.Economiza tempo e facilita a execução do procedimento.
9. Coloque gel lubrificante hidrossolúvel na ponta do termómetro.	9.Facilita a introdução do termómetro no ânus e previne lesões.
10. Posicione a criança em decúbito dorsal ou ensine os cuidadores, quando criança muito pequena.	10. Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
11. Flita as pernas da criança, de modo a que os joelhos toquem na região abdominal. Em seguida, afaste as nádegas da criança. Ensine os cuidadores.	11. Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
12. Introduza a ponta flexível do termómetro no ânus da criança no máximo 3 cm, num trajeto paralelo às costas.	12. Previne lesões.

13. Ligue o termómetro e espere pelo 1º sinal sonoro (termómetro digital) ou espere 3 minutos (termómetro de *galinstan*).	13. Permite uma avaliação mais exata da temperatura.
14. Retire o termómetro e realize a leitura do mesmo.	14. Permite ajuizar se a criança se encontra em hipotermia, apirética ou febril[1].
15. Desinfete o termómetro com álcool a 70%.	15. Previne contaminação.
16. Reúna e acondicione o material.	16. Mantém o espaço de trabalho arrumado. Previne acidentes.
17. Realize a higiene das mãos.	17. Previne infeção.
18. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, resultado obtido e o seu significado, observação física realizada, complicações, colaboração da criança ou adolescente, colaboração dos cuidadores e reação da criança ou adolescente e dos cuidadores). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	18. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, promove a continuidade dos cuidados e identifica quem o executou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA TIMPÂNICA:

Termómetro infravermelho.	Protetor para termómetro descartável (cones de proteção)

AVALIAR A TEMPERATURA TIMPÂNICA (COM TERMÓMETRO INFRAVERMELHO)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne infeção.
2. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da criança.	2. Economiza tempo e facilita a execução do procedimento.

3. Confirme a identificação da criança.	3. Garante a execução do procedimento à pessoa certa.
4. Explique o procedimento à criança e/ou aos cuidadores e pedir o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4. Obtém consentimento livre e esclarecido e colaboração. Diminui a ansiedade da criança e/ou dos cuidadores, promove a parceria de cuidados.
5. Garanta a privacidade da criança.	5. Garante o respeito pela privacidade.
6. Realize a higienização das mãos.	6. Previne infeção.
7. Peça à criança/jovem que se posicione de acordo com o local a avaliar a temperatura, ou ensine os cuidadores, quando criança muito pequena. (Caso a criança/jovem tenha estado deitada para um dos lados, escolher o lado oposto, ou esperar para realizar a leitura, devido ao aumento da temperatura nesse local).	7. Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
8. Observe o pavilhão auricular, nomeadamente, a presença de cerúmen ou a presença de inflamação do ouvido médio (otite média), escolhendo, sempre que possível, o lado que se encontra sem alterações. (Na presença de cerúmen, ensinar a criança/jovem e os cuidadores para a correta limpeza do canal auditivo).	8. Diminui a percentagem de medições imprecisas.
9. Introduza a proteção descartável (cone) no termómetro infravermelho.	9. Previne infeção. Os termómetros infravermelhos avaliam o calor libertado, através de radiação infravermelha, pela membrana timpânica e tecidos adjacentes
10. Em crianças com idade superior a um ano, puxe o pavilhão auricular para baixo e depois levemente para trás, e em crianças com menos de um ano, puxe apenas a orelha para trás (Walsh & Schub, 2018).	10. Ao realizar este passo, permite que o sensor entre em contacto diretamente com a membrana do tímpano e não das paredes do canal auditivo, aumentando assim a precisão da medição.

Introduza o termómetro com o cone timpânico no canal auditivo.	
11. Pressione o botão do aparelho durante 1 a 3 segundos, e solte para finalizar a leitura. Retire o termómetro após ouvir o sinal sonoro (dependendo do tipo de termómetro).	11. Aumenta a precisão de leitura da temperatura.
12. Retire o termómetro e realize a leitura do mesmo.	12.Permite ajuizar se a criança se encontra em hipotermia, apirética ou febril.
13. Em caso de história de febre, realize mais duas medições, consecutivas, e registe os valores. Selecione o valor mais elevado das três medições.	13.Aumenta a precisão das medições.
14. Ensine a criança/jovem e/ou os cuidadores sobre os sinais e sintomas da febre.	14.Empodera cuidadores e criança/jovem sobre a sua situação.
15. Desinfete o termómetro com álcool a 70%.	15.Previne contaminação.
16. Reúna e acondicione o material.	16.Mantém o espaço de trabalho arrumado.
17. Realize a higienização das mãos.	17.Previne infeção.
18. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, resultado obtido e o seu significado, observação física realizada, complicações, colaboração da criança ou adolescente, colaboração dos cuidadores e reação da criança ou adolescente e dos cuidadores). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	18.Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, promove a continuidade dos cuidados e identifica quem o executou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA ORAL:

Compressas limpas;

Álcool etílico a 70%;

Cuvete reniforme;

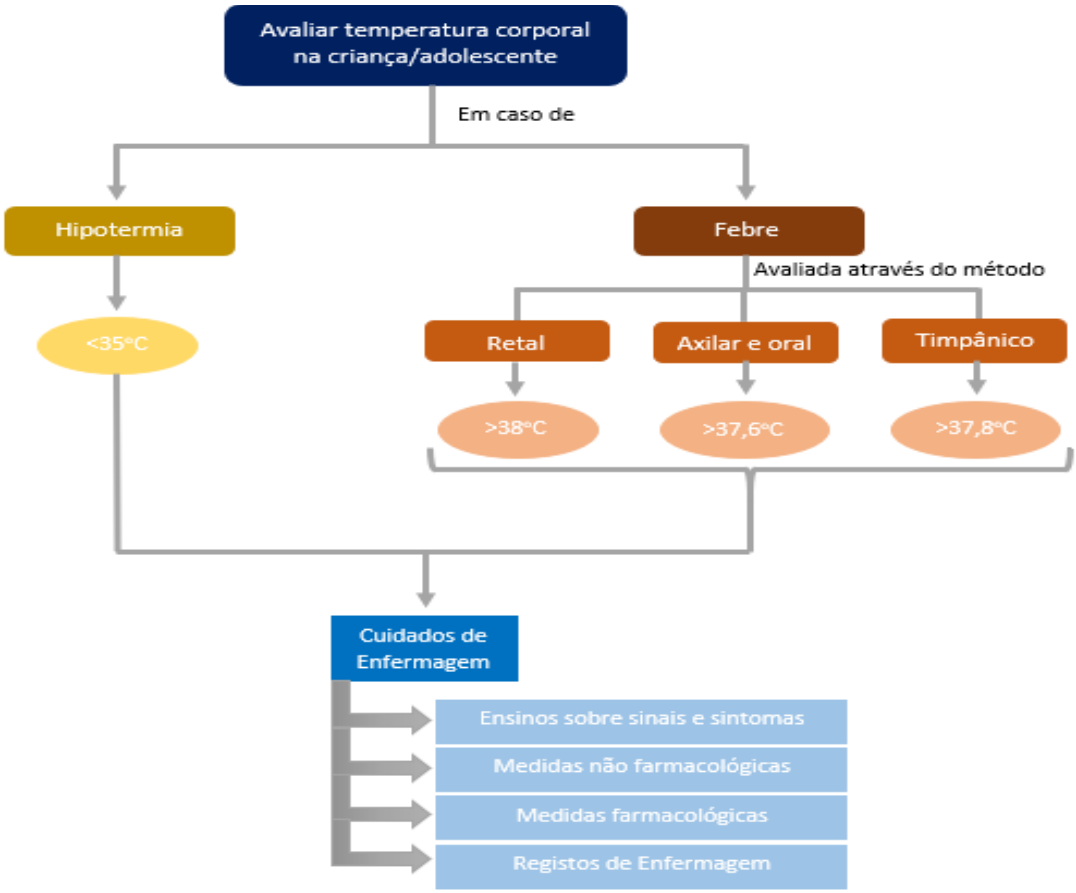
Luvas;

Termómetro digital ou termómetro de vidro com coluna líquida de *galinstan*.

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA ORAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higienização das mãos.	1. Previne infeção.
2. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da criança/jovem.	2. Economiza tempo e facilita a execução do procedimento.
3. Confirme a identificação da criança/jovem.	3. Garante a execução do procedimento à pessoa certa.
4. Explique o procedimento à criança/jovem e/ou aos cuidadores e pedir o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4. Obtém consentimento livre e esclarecido e colaboração. Diminui a ansiedade da criança e/ou dos cuidadores e promove a parceria de cuidados.
5. Garanta a privacidade da criança/jovem.	5. Garante o respeito pela privacidade.
6. Realize a higienização das mãos.	6. Previne infeção.
7. Peça à criança/jovem que se posicione confortavelmente.	7. Promove o conforto e facilita a execução da técnica.
8. Observe a cavidade oral da criança/jovem.	8. Avalia a existência de lesões que possam magoar a criança aquando da colocação do termómetro.
9. Coloque o bulbo do termómetro com precaução, na bolsa sublingual posterior direita ou esquerda. Se usado termómetro digital, colocar este desligado na boca da criança/jovem e aguardar 3 minutos antes de o ligar.	9. Previne lesões. O termómetro deve ser colocado na bolsa sublingual posterior direita ou esquerda, por esta região ser mais vascularizada por derivar das artérias carótidas que se encontram próximas do centro de termorregulação. (Garijo, et al, 2002)

10. Peça a colaboração da criança/jovem para que feche a boca, sem morder o termómetro, e peça a esta que não fale e relaxe, respirando normalmente pelo nariz.	10.Previne valores incorretos.
11. Mantenha o termómetro estável durante o período que menciona nas instruções do fabricante ou até ouvir o sinal sonoro.	11.Aumenta a precisão de leitura dos valores de medição.
12. Retire o termómetro e realize a leitura do mesmo.	12.Permite ajuizar se a criança se encontra em hipotermia, apirética ou febril.
13. Ensine a criança/jovem e/ou os cuidadores sobre os sinais e sintomas da febre.	13.Empodera cuidadores e criança/jovem sobre a sua situação.
14. Desinfete o termómetro com álcool a 70%.	14.Previne contaminação.
15. Reúna e acondicione o material.	15.Mantém o espaço de trabalho arrumado. Previne acidentes.
16. Realize a higienização das mãos.	16.Previne infeção.
17. elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, resultado obtido e o seu significado, observação física realizada, complicações, colaboração da criança ou adolescente, colaboração dos cuidadores e reação da criança ou adolescente e dos cuidadores). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	17.Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, promove a continuidade dos cuidados e identifica quem o executou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO:



REFERÊNCIAS:

Batalha, L. M., Santos, D. H., & Pereira, C. O. (s.d.). Estudo Comparativo entre a Temperatura Timpânica e Axilar numa População Pediátrica. Obtido de Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: https://web.esenfc.pt/site/index.php?module=ui&target=outreach-projects&tipo=UI&id_projecto=299&id_linha_investigacao=2&dado_pedido=Descricao

Blanck, D., Eckert, G., & Trotta, E. (s.d.). Padrões - Exame Físico Pediátrico. Obtido de Universidade Federal do Rio Grande do Sul: http://www.ufrgs.br/pediatria/padroes/arquivos/Padrao_Examefisico.pdf/view

Comissão de Saúde Pública de Boston . (Abril de 2015). Comissão de Saúde Pública de Boston - Ficha Técnica. Obtido de Febre Infantil: como medir a temperatura: http://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Fever%20in%20Children_How%20to%20take%20a%20Temperature/Portuguese.pdf

DGS. (2018). Febre na Criança/jovem - Folheto Informativo para Cuidadores e Cuidadores. Portugal.

DGS. (3 de agosto de 2018). Norma nº 014/2018. Obtido de Direção-Geral de Saúde: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018.aspx

DGS. (3 de agosto de 2018). Orientação nº 004/2018. Obtido de Direção-Geral de Saúde: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-03082018.aspx

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). www.dgs.pt. Obtido em 30 de set de 2019, de dgs: https://www.dgs.pt/saude-ambiental/areas-de-intervencao/frio/hipotermia.aspx

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lusociência.

Kornusky, J., & Hurst, A. (28 de abril de 2017). Hypothermia: Managing in the Neonate and Infant.

Kornusky, J., Woten, M., & Pravikoff, D. (29 de junho de 2018). Hypothermia: Managing the Patient with. Obtido de Nursing Reference Center.

Lopes, A., Viegas, L., Matos, O., Cerqueira, A., Ramos, L., Bicho, F., Cruchinho, P. (2016). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. Obtido de Moodle: http://moodle.ips.pt/1718/mod/folder/view.php?id=6406

Orientação nº 005/2018. (3 de agosto de 2018). Obtido de Direção-Geral de Saúde: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-03082018.aspx

Santos, L. (2015). Brincar como instrumento terapêutico. 32(4), pp. 246-54. Obtido em 5 de jun de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/280947178_Brincar_como_instrumento_terapeutico

Walsh, K., & Schub, T. (2018). Tympanic (Ear) Temperature: Taking. NURSING PRACTICE & SKILL. Diane Pravikof.

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, pp. 389-94). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 02. AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL A CRIANÇAS E JOVENS

Ana Pina,Cristiano Martins,Diogo Silva,Inês Cantante,Susana Morais,Ana R. Figueira & Marta Jesus

DEFINIÇÃO:

Procedimento de carácter autónomo e interdependente que consiste na monitorização e atribuição de significado aos valores da tensão arterial (TA) em idade pediátrica (Walsh & Balderrama, 2017).

OBJETIVOS:

Monitorizar a evolução dos parâmetros vitais em situações específicas (Walsh & Balderrama, 2017);

Identificar precocemente complicações cardiorrespiratórias (DGS, 2013, p. 102).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

A monitorização da TA é recomendada em idade inferior a 3 anos quando:

- Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos;
- Doença Cardíaca Congénita;
- Doença nefro-urológica;
- Terapêutica farmacológica que condicione a TA;
- Evidência de elevação da pressão intracraniana. (Walsh & Balderrama, 2017)

Os valores de TA específicos para cada idade encontram-se em anexo 1.

No quadro 1 encontra-se um resumo dos valores que permitem classificar a TA e a Hipertensão Arterial (HTA).

ESTÁDIO	PERCENTIL TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E/OU DIASTÓLICA
NORMAL	< percentil 90
PRÉ-HTA	≥ percentil 90 e < percentil 95 TA ≥ 120/80 mmHg (adolescentes)
HTA ESTÁDIO 1	≥ percentil 95 e < percentil 99 mais 5mmHg
HTA ESTÁDIO 2	≥ percentil 99 e mais 5mmHg.

Classificação da TA (DGS, 2013)

Tamanho da braçadeira recomendado:

IDADE	LARGURA (CM)	COMPRIMENTO (CM)	CIRCUNFERÊNCIA (CM)
RECÉM-NASCIDO	4	8	10
LACTENTE	6	12	15
CRIANÇA	9	18	22
ADOLESCENTE	10	24	26
COXA	20	42	52

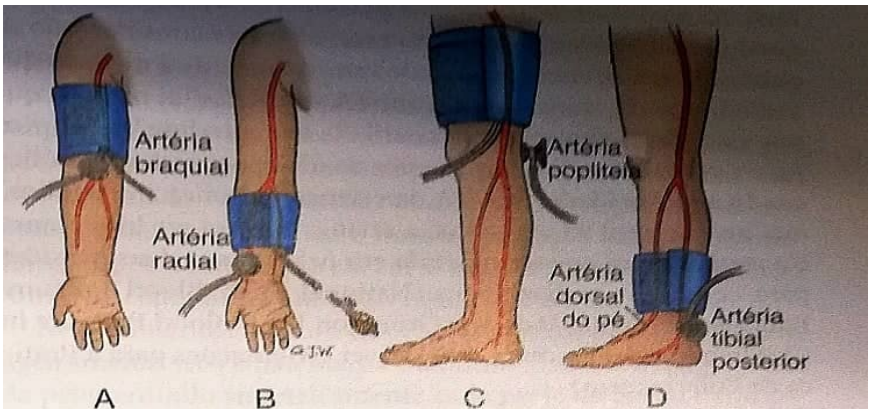
Tamanhos recomendados para as braçadeiras (Lurbe, et al., 2009)

Antes do procedimento:

- Explicar à criança o procedimento, através de um desenho ou de uma história, e facilitar o uso de um brinquedo significativo para reduzir o medo ou ansiedade na avaliação da TA (Heering & Caple, 2018);
- Dar oportunidade à criança de manipular o estetoscópio e/ou a braçadeira de avaliação da TA (Walsh & Balderrama, 2017, p. 4);
- Enfatizar a presença dos cuidadores e a sua colaboração no procedimento (Walsh & Balderrama, 2017, p. 4);

Recomenda-se:

- Ambiente calmo, com frequência cardíaca estabilizada (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2015);
- Posição sentada (3-5 min), costas e pés apoiados (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2015);
- Após esvaziamento vesical (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2015);
- Mínimo 2-3 medições (1-2 min) e calcular a média (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2015);
- Evitar avaliar a TA nos membros superiores que apresentam cateter venoso, fístulas arteriovenosas ou evidências de traumatismos (Walsh & Balderrama, 2017);
- Ao avaliar-se a TA nos membros inferiores a braçadeira deve localizar-se na coxa (Artéria poplítea), na perna ou tornozelo (artéria dorsal do pé ou artéria tibial posterior);
- Geralmente a avaliação da TA nos membros inferiores reflete uma TA sistólica mais elevada do que nos membros superiores. A TA sistólica é mais elevada na perna ou tornozelo do que na coxa (Hockenberry & Wilson, 2014).



Locais de avaliação da Tensão Arterial (Hockenberry & Wilson, 2014)

Durante o procedimento:

- Dar primazia ao esfigmomanómetro aneroide;
- Avaliar a TA três vezes e calcular média;
- Ao utilizar-se esfigmomanómetro automático e caso valores tensionais sejam elevados, comparar com valores obtidos pelo esfigmomanómetro aneroide, sempre que disponível (DGS, 2013, p. 103).

Após o procedimento:

- Identificar na tabela de percentis a linha da idade da criança ou do adolescente (DGS, 2013, p. 104);
- Encontrar a coluna que corresponde ao percentil da altura (DGS, 2013, p. 104);
- Determinar o percentil ou intervalo de percentis da TA em função da altura e dos valores da TA (DGS, 2013, p. 104);
- Registar os valores obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), e-Boletim, ou em sistema disponível no serviço (DGS, 2013, p. 104);
- Se casos de pré-HTA ou HTA realizar ensinos à criança/jovem e cuidadores. Incidir nos seguintes aspetos:
    - Medidas não farmacológicas (dieta pobre em sal e gorduras, prática de exercício físico com regularidade de modo a prevenir a obesidade e manter hábitos de vida saudáveis);
    - Medidas farmacológicas (iniciadas quando medidas não farmacológicas ineficazes, quando HTA sintomática ou quando existem lesões de órgãos alvo – coração, rins e SNC. A toma dos fármacos deve ser iniciada pela dose mínima recomendada e quando atingida a dose máxima pode associar-se um segundo fármaco) (Campos, Cirino, Gomes, & Correia, 2011).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Tabuleiro com:

Estetoscópio e esfigmomanómetro aneróide;

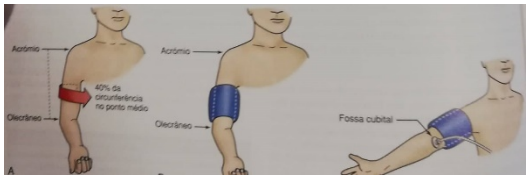
Taça com compressas;

Álcool etílico a 70º;

Aparelho eletrónico de avaliação T.A;

Braçadeira de tamanho adequado. (Walsh & Balderrama, 2017, p. 4)

MONITORIZAR TENSÃO ARTERIAL NA CRIANÇA/JOVEM	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Lave higienicamente as mãos.	1. Previne a contaminação (WHO, 2009).
2. Reúna o material e transporte-o para junto da criança/jovem.	2. Economiza tempo e facilita o procedimento.

3. Identifique a criança/jovem.	3. Previne erros.
4. Explique o procedimento à criança/jovem e cuidadores, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas; **Nas crianças deve-se evitar** utilizar a palavra ''medir'' e dizer, por exemplo, ''Vamos encher com ar a braçadeira, como a da praia'' e informar que poderá apertar um pouco. Em caso de internamento poderemos optar por dizer ''televisão'' em vez de monitor. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).	4. Promove a parceria de cuidados. Informa e minimiza a ansiedade. Obtêm consentimento e a colaboração da criança/jovem e dos cuidadores para a realização do procedimento (Walsh & Balderrama, 2017).
5. Respeite a privacidade da criança/jovem.	5. Facilita a expressão de emoções (Instituto do Apoio à Criança, 1998).
6. Selecione o membro superior direito, caso não exista nenhuma contraindicação.	6. Permite obter um valor de tensão arterial correspondente à tensão arterial mais fiável, dado que este membro se encontra mais afastado do coração (DGS, 2013, p. 103).
7. Assista a criança/jovem ou peça aos cuidadores para retirar as mangas da camisola ou desapertar os botões das mangas da camisa.	7. Facilita a aplicação da braçadeira (Walsh & Balderrama, 2017).
8. Posicione o braço da criança/jovem, ao nível do coração e com a palma da mão voltada para cima;	8. Evita falsos valores da tensão arterial: se o braço ficar a um nível superior os valores tensionais aparecem falsamente baixos e vice-versa (Walsh & Balderrama, 2017).
9. Selecione a braçadeira adequada ao diâmetro do membro da criança/jovem e retire todo o ar da braçadeira.  *Escolha da braçadeira adequada* (Hockenberry & Wilson, 2014).	9. Permite ocluir a artéria braquial, evitando falsos valores da tensão arterial. A largura da câmara de borracha da braçadeira deve ser aproximadamente 40% da circunferência do braço, medida num ponto médio entre o olecrânio e o acrómio. O comprimento da câmara de borracha deve cobrir 80% a 100% da circunferência do braço

	(Hockenberry & Wilson, 2014).
10. Desinfete as olivas e o diafragma do estetoscópio.	10. Previne a contaminação (Walsh & Balderrama, 2017).
11. Retire todo o ar da braçadeira.	11. Evita falsos valores da tensão arterial.
12. Palpe a artéria braquial e aplique a parte central da braçadeira sobre a artéria braquial na parte média da fossa antecubital - face interna do cotovelo - e enrole-a uniformemente no braço e de modo a que bordo inferior fique 2 a 3 cm acima do local onde a pulsação da artéria braquial é mais percetível, evitando o contacto da braçadeira com a roupa.	12. Possibilita a realização correta do procedimento - quando a braçadeira é colocada de forma irregular ou demasiado solta obtêm-se valores falsamente elevados devido à excessiva pressão que é necessário aplicar para ocluir a artéria braquial; o bordo da braçadeira não deverá cobrir o estetoscópio e o contacto acidental com a roupa ou tubos provoca ruídos estranhos que confundem (Walsh & Balderrama, 2017).
13. Adapte a braçadeira ao tamanho da criança/jovem: se não possui uma braçadeira para criança/jovem obesa, coloque a braçadeira no antebraço (Hockenberry & Wilson, 2014).	13. Permite avaliar corretamente a tensão Arterial (Walsh & Balderrama, 2017).
SE ESFIGMOMANÓMETRO ANEROIDE:	
14. Insufle a braçadeira até 20 a 30 mmHg acima do ponto em que se deixa de ouvir o pulso radial.	14. Possibilita a auscultação dos sons cardíacos. Se a braçadeira não for insuflada o suficiente, poder-se-á não ter a noção exata desse valor, sobretudo nas pessoas que têm uma pausa auscultatória. Em contrapartida, se a braçadeira for insuflada em demasia provoca dor desnecessária (Walsh & Balderrama, 2017), podendo afetar os sons de korotkoff (Hockenberry & Wilson, 2014).
15. Introduza as olivas do estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura dirigida para a frente e coloque o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial, fixando-o nesse local com uma das mãos e com a outra segure no manómetro.	15. Permite a identificação dos sons korotkoff: sons produzidos pela pressão do sangue na artéria (Walsh & Balderrama, 2017).

16. Escute atentamente enquanto desaperta ligeiramente a válvula da pera de insuflação, desinsuflando a braçadeira à razão de 2 mmHg por cada batimento.	16. Permite a identificação dos sons korotkoff (Walsh & Balderrama, 2017). A desinsuflação com demasiada lentidão provoca congestão venosa o que eleva, falsamente a tensão diastólica e a desinsuflação demasiado rápida pode levar à imprecisão desse valor; o desinsuflar correto da braçadeira é especialmente importante quando o pulso é irregular como no caso de fibrilhação auricular.
17. Memorize o número que observou no manómetro correspondente ao primeiro som (fase I Korotkoff).	17. Corresponde ao momento em que o sangue recomeça a fluir ao longo da artéria braquial – trata-se do valor de tensão sistólica (Walsh & Balderrama, 2017).
18. Continue a desinsuflar lentamente a pressão da braçadeira e memorize o número que observa no manómetro quando surge um "amortecimento" do som (fase IV Korotkoff).	18. Corresponde à continuação da avaliação da TA (Walsh & Balderrama, 2017).
19. Repare no final do desaparecimento do som (fase V Korotkoff) e desinsufle completamente a braçadeira até ao zero.	19. Permite obter o valor da tensão diastólica nas crianças (Walsh & Balderrama, 2017).
20. Repita a avaliação 30 a 60 segundos após a primeira avaliação, caso tenha ficado com dúvidas.	20. Permite o restabelecimento da circulação sanguínea no membro.
21. Encontre uma posição melhor caso não consiga avaliar a TA pela presença de sons demasiado fracos: eleve o membro superior da criança/jovem e insufle a braçadeira; depois baixe o braço, desinsufle a braçadeira e escute.	21. Aumenta a probabilidade de audição dos sons pois a pressão venosa diminui o que torna os sons audíveis.
22. Recorra ao método palpatório se ainda assim, não conseguir ouvir, determine a tensão sistólica por palpação sentindo o reaparecimento do pulso radial.	22. Permite a obtenção dos valores tensionais quando a sua auscultação é difícil - a tensão arterial através de palpação é alguns milímetros mais baixa do que pelo método auscultatório mas, mesmo assim, será significativa desde que

	se façam medições subsequentes, do mesmo modo.
SE ESFIGMOMANÓMETRO AUTOMÁTICO:	
23. Ligue o aparelho de avaliação da tensão arterial e aguarde até concluir a leitura.	23. Permite dar início à avaliação da Tensão Arterial (Walsh & Balderrama, 2017, p. 5).
24. Proceda à leitura do valor de tensão arterial sistólica e de tensão arterial diastólica.	24. Permite ajuizar se a criança/jovem se encontra hipotensa, normotensa ou hipertensa (Walsh & Balderrama, 2017).
25. Registe igualmente dados sobre a frequência do pulso, caso o esfigmomanómetro automático forneça essa informação.	25. Possibilita a obtenção de informação sobre o ritmo e o volume do pulso.
26. Se o aparelho não conseguir efetuar a leitura, realize o procedimento com esfigmomanómetro aneroide.	26. Permite avaliar a TA quando a pessoa/cliente apresente pulso arrítmico – alguns esfigmomanómetros automáticos não permitem avaliar a tensão arterial em crianças com este problema.
PARA AMBOS OS TIPOS DE MEDIÇÃO:	
27. Assista a criança/jovem, cuidadores a vestir camisolas e/ou mangas de camisa.	27. Promove a independência no autocuidado.
28. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	28. Mantém o material arrumado.
29. Desinfete a olivas e o diafragma do estetoscópio.	29. Previne a contaminação (Walsh & Balderrama, 2017).
30. Lave higienicamente as mãos.	30. Previne a contaminação (WHO, 2009).
31. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente os resultados. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	31. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, identifica quem executou, documenta método utilizado, valores obtidos, medidas adotadas, e permite a continuidade dos cuidados (Walsh & Balderrama, 2017). Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

DGS. (31 de maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Portugal.

Heering, H., & Caple, C. (2018). Patient Admission: Pediatric - Admitting Patients to Pediatric Intensive Care Units. *Nursing Pratice & Skill*.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong- Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Instituto do Apoio à Criança. (1998). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (13 de maio de 2015). Avaliação da Tensão arterial na criança (Hipertensão arterial em pediatria). Portugal. Obtido de IwAR2S5iFfkEBwkmM6izTvN7YH2c47mMNGf8iX10sKSbene2itvuJa1sX88T8

Walsh, K., & Balderrama, D. (2 de junho de 2017). Blood Pressure Reading, Indirect: Taking in a Pediatric. *NURSING PRACTICE & SKILL*.

WHO. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Génova, Suiça. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjG8uW_8sTeAhVP1xoKHVfzA-AQFjAAegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2009%2F9789241597906_eng.pdf&usg=AOvVaw2pBrrd893lnFE7_OXAyOp6

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, pp. 389-92, 398-402). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

ANEXOS

Anexo – Tabelas de valores da TA por idade e Percentil de Altura

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg – Percentil de Altura							TA diastólica, mm Hg – Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg – Percentil de Altura							TA diastólica, mm Hg – Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents.* Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg – Percentil de Altura							TA diastólica, mm Hg – Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg – Percentil de Altura							TA diastólica, mm Hg – Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents.* Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Direção Geral da Saúde, 2013

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 03. AVALIAR A RESPIRAÇÃO A CRIANÇAS E JOVENS

Áureo Freitas, Fabíola Soares, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo e interdependente que consiste na determinação dos valores e significado dos parâmetros ventilatórios na criança/jovem.

A avaliação e deteção atempada de alterações no padrão respiratório da criança/jovem permitem uma rápida e eficiente atuação perante a condição clínica da criança/jovem.

OBJETIVOS:

Avaliar o padrão respiratório da criança/jovem com vista à deteção atempada de alterações significativas e com impacto na sua condição clínica.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- É importante que a criança/jovem tenha um período de repouso de cerca de 5-10 minutos antes da avaliação da respiração;
- Deve fomentar-se a colaboração da criança/jovem e dos cuidadores na avaliação da respiração, permitindo uma avaliação mais exata. Para isso deve ser explicado o procedimento e a importância do mesmo;
- É importante que este procedimento seja realizado de forma discreta por forma a evitar que a criança controle a respiração por sentir-se avaliada.

Durante o procedimento:

- Deve olhar-se a criança/jovem no geral e detetar alterações ao seu padrão respiratório, como: profundidade e amplitude torácica, presença de adejo nasal e/ou balanceio da cabeça, existência de gemido, presença de ruídos respiratórios, uso de músculos acessórios, posição que a criança/jovem adota;

- Se existe alteração na frequência respiratória da criança/jovem avaliar a presença de dor ou febre;
- A frequência respiratória deve ser contada pelos menos durante 30 segundos, pois durante o sono os lactentes podem realizar pausas respiratórias de 10 a 15 segundos;
- Avaliar a existência de taquipneia acompanhada de esforço respiratório, pois é o primeiro sinal de alteração respiratória no lactente;
- A bradipneia pode indicar uma situação grave e perigosa – exige uma atuação rápida;
- Posicionar a criança/jovem de forma confortável (não colocar em decúbito dorsal pois piora a dificuldade em respirar);
- Pode ser necessário utilizar-se um monitor cardiorrespiratório para complementar a avaliação da frequência respiratória manual;
- Adotar medidas que evitem aumento do esforço respiratório com consequências para a criança/jovem.

Após o procedimento:

- Reavaliar a frequência respiratória e padrão respiratório após medidas instituídas – avaliar a sua eficácia;
- Fazer ensinos à criança/jovem e cuidadores sobre medidas que auxiliem no controlo do padrão respiratório;
- Ensinar os cuidadores a detetar alterações ao padrão respiratório e a comunicar atempadamente essas alterações.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Relógio com ponteiros de segundos ou relógio digital.

MONITORIZAR A RESPIRAÇÃO EM PEDIATRIA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Higienize as mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a criança/jovem.	2. Evita erros.
3. Explique o procedimento à criança/jovem e cuidadores e a importância da sua avaliação, adequando a linguagem ao estadio de	3. Permite a colaboração da criança/jovem e dos cuidadores, assim como informa-os sobre os

desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	cuidados prestados e promove a parceria de cuidados.
4. Observe a criança/jovem: • Padrão respiratório: expansão e retração torácica, presença de sinais evidentes de dificuldade respiratória (ruídos respiratórios, balanceio da cabeça, gemido, adejo nasal); • Profundidade e regularidade da respiração.	4. Permite ajuizar sobre o tipo de respiração e realizar um primeiro despiste relativo à situação da criança: hiperventilação, hipoventilação ou dispneia.
5. Coloque a criança/jovem numa posição confortável: • Permitir que as crianças pequenas tenham os cuidadores por perto durante a avaliação, e até mesmo que se sentem ao colo destes; • Aos adolescentes e jovens fornecer informação sobre o procedimento e a necessidade destes colaborarem.	5. Facilita o procedimento.
6. Conte o número de ciclos respiratórios observando o tórax da criança/jovem, começa no 'zero' e depois 'um', 'dois', etc: • **Se respiração regular**: contar durante 30 segundos e multiplicar por 2; • **Se respiração irregular**: contar durante 1 minuto.	1. Permite obter um resultado mais rigoroso do número de ciclos respiratórios.
2. Adote medidas face à avaliação realizada, como melhorar posicionamento da criança/jovem, contactar médico, administrar medicação.	7. Permite atuar perante a avaliação realizada antevendo maiores complicações.
8. Reavalie a frequência respiratória e o padrão respiratório sempre que necessário, ou sempre que exista alguma alteração no estado da criança.	8. Possibilita antecipar complicações.
9. Ensine os cuidadores sobre sinais de dificuldade respiratória e alerte-os para a necessidade de comunicar esses sinais.	9. Antecipa complicações.

10. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe os resultados. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	10. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento e identifica quem o executou, permite a continuidade dos cuidados através do registo dos valores obtidos, medidas adotadas e resultados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Bowden, V., & Greenberg, C. (2013). *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica* (3ª edição ed.). Nova Guanabara.

Caple, C., Schub, E., & Gilreath-Osoff, A. (2017). Physical Assissment: Performing a Respiratory Assessment in Children. Obtido em 7 de março de 2018, de http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&sid=4991cebb-3df6-4ae4-87aa-b00d981ed161%40sessionmgr4006

Centro de Investigação em Saúde Comunitária. (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas.* Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 10 de março de 2018, de https://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf

Dyer, J. (2019). Neonatal Respiratory Distress Syndrome: Tackling A Worldwide Problem. *44*(1), pp. 12-14. Obtido em 30 de set de 2019, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336202/

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed. ed.). Elsevier editora.

Kim, A., Miller, K., Yaster, M., Kudchadkar, S., White, E., Fackler, J., & Monitto, C. (2015). Long-term tolerability of capnography and respiratory inductance plethysmography for respiratory monitoring in pediatric patients treated with patient-controlled analgesia. *25*(10), pp. 1054-59. doi:10.1111/pan.12702

Kneyber, M., Luca, D., Calderini, E., Jarreau, P., Javouhey, e., & Herce, J. (2017). Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC). *43*(12), pp. 1764-80. doi:10.1007/s00134-017-4920-z

Veron, H., Antunes, A., Milanesi, J., & Corrêa, E. (2016). Implicações da respiração oral na função pulmonar e músculos respiratórios. *18*(1). Obtido em 7 de março de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100242&script=sci_arttext&tlng=pt

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, pp. 389-92,397-98). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 04. AVALIAR O PULSO A CRIANÇAS E JOVENS

Carla Trindade, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste na determinação sistemática dos valores da função cardíaca na criança/jovem, ou seja, o número de vezes que o sangue flui devido às contrações e os impulsos elétricos produzidos pelo coração.

Essa determinação realiza-se através da pressão exercida das pontas dos dedos na artéria, para sentir e registar a expansão rítmica e contração da artéria à medida que o coração expulsa o sangue de forma a contabilizar a frequência cardíaca e avaliar a função do sistema cardiovascular.

OBJETIVOS:

Avaliar a frequência cardíaca e as suas características.

Reconhecer atempadamente alterações cardiovasculares durante a avaliação, permitindo uma atuação multidisciplinar perante a condição clínica da criança/jovem.

Monitorizar a evolução da frequência cardíaca em situações específicas.

Manter a visualização contínua da atividade elétrica (ritmo e frequência), utilizando um equipamento.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Planeie a avaliação da frequência cardíaca

Programe a frequência da avaliação da frequência cardíaca (intermitente ou contínua), de acordo com a situação clínica da pessoa e a prescrição médica.

Gira os fatores ambientais que podem influenciar a avaliação

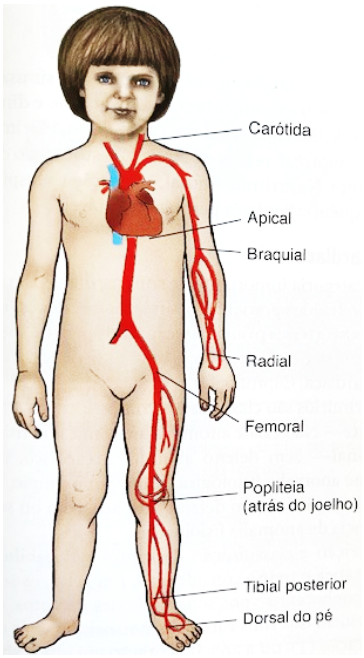
A dor (Richards & Caple, 2017), a ansiedade e o stress emocional podem aumentar a frequência cardíaca (Schub, E. & Balderrama, 2017). Além destes fatores o consumo de cafeína, o uso de nicotina e o exercício físico também pode aumentar temporariamente (Schub & Balderrama, 2017) a frequência cardíaca.

Conheça os antecedentes da criança/jovem

Pesquise a existência de antecedentes de problemas cardíacos e, se possível, os respetivos valores de referência, ajuizando sobre a normalidade ou alteração do parâmetro avaliado.

Durante o procedimento:

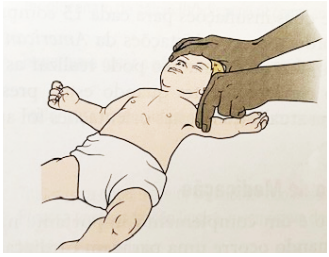
Saiba quais os locais anatómicos onde se avalia o pulso



Localização dos pulsos

Fonte da Imagem: De "Comunicação e Avaliação Inicial da Criança" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p.175.

Escolha o pulso a avaliar segundo a faixa etária e a situação clínica

Pulso	Indicação
Pulso braquial (localizado na face interna do membro superior, entre o cotovelo e o ombro) (Wilson, 2014). Deve ser avaliado durante 30 segundos e multiplicar por 2.  Localização do pulso braquial no lactente	Lactentes com menos de 1 ano, por estes terem um pescoço curto.

Fonte da Imagem: De "A criança com alterações na realização das trocas gasosas" de de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p.1293.	
Pulso carotídeo (localizado na carótida é uma artéria central e acessível). Palpe a artéria carótida suavemente e evite palpar as duas artérias carótidas ao mesmo tempo. A pressão vigorosa pode fazer com que a criança/jovem experimente a síndrome da carótida sinusal (hipotensão e perda temporária da consciência, que corre devido a alterações fisiológicas devido à pressão da artéria (Richards & Caple, 2017).	Crianças acima de 1 ano.
Pulso Femoral Palpe colocando as pontas de 2 ou 3 dedos (indicador, médio ou anelar) ao longo do ligamento inguinal, a cerca de meio caminho entre a crista ilíaca e a sínfise púbica. A ausência de pulsos femorais consiste num sinal significativo de constrição da aorta (Hockenberry, 2014). Palpação dos pulsos femorais Fonte da Imagem: De "Comunicação e Avaliação Inicial da Criança" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p.179.	
Pulso radial Durante 1 minuto completo para detetar anomalias no ritmo (Richards & Caple, 2017)	Crianças acima dos 2 anos.
Pulso apical A medição realiza-se através da auscultação e é uma avaliação mais precisa da frequência cardíaca e do ritmo do que a palpação do pulso periférico. O pulso apical regista a verdadeira frequência cardíaca porque usa o evento cardíaco do fecho da válvula durante a sístole (Schub & Balderrama, 2017). <u>Para avaliar, visualize a linha média clavicular à esquerda:</u>	Em crianças com menos de 2 anos, porque os pulsos periféricos são difíceis de palpar devido ao tamanho relativamente pequeno da vasculatura arterial.

Em lactentes e crianças pequenas inicie a palpação pelo segundo espaço intercostal à esquerda da linha clavicular, e mova o diafragma do estetoscópio até ao quarto espaço intercostal. Em crianças maiores e jovens: palpe o segundo espaço intercostal à esquerda da linha clavicular, e mova o diafragma do estetoscópio até ao quarto espaço intercostal (Schub & Balderrama, 2017). Escute o som "lub-dub", contando a frequência e prestando atenção ao ritmo durante 60 segundos independentemente da idade e do estado clínico.	

Saiba identificar os pulsos distais e centrais

O volume de ejeção pode ser avaliado pela palpação dos pulsos. A amplitude dos pulsos distais (radial, tibial) diminui mais rapidamente que nas artérias centrais (carótida, braquial femoral). A comparação entre pulsos centrais e periféricos pode ser útil (ERC, 2015).

Conheça os valores de referência para a faixa etária a avaliar (Batimentos por minuto - bpm)

Faixa etária	Bradicárdia	Normocardia	Taquicardia
Recém-nascido	<120 bpm	120-160 bpm	>160 bpm
1-12 meses	<80 bpm	80-140 bpm	>140 bpm
13-24 meses	<80 bpm	80-130 bpm	>130 bpm
2-6 anos	<75 bpm	75-129 bpm	>129 bpm
7-13 anos	<74 bpm	74-110 bpm	>110 bpm
Adulto saudável em repouso:	<60 bpm	60-100 bpm	>100 bpm

Valores da frequência cardíaca normal por faixa etária (Schub & Schub, 2018)

Após o procedimento:

Caraterize o pulso segundo o seu ritmo

O pulso pode ser caracterizado segundo o seu ritmo. Pode ser um pulso rítmico ou arrítmico (Hockenberry, 2014).

Classifique o pulso segundo a amplitude

Grau	Descrição
0	Não palpável
+ 1	Difícil de palpar, filiforme, fraco, facilmente obliterado com pressão
+ 2	Difícil de palpar, pode ser obliterado com pressão
+ 3	Fácil de palpar, não é fácil obliterado com pressão (normal)
+ 4	Forte, latejante, não obliterado com a pressão

Graduação do Pulso (Hockenberry, 2014)

Comunicar atempadamente alterações relativas ao pulso avaliado

Com este pode ser detetado as condições do sistema cardiovascular, a gravidade de uma doença, e o equilíbrio fluido do indivíduo (Shub & Shub, 2018).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Avaliação de pulso sem monitor de sinais vitais	Avaliação de pulso/FC com monitor de sinais vitais
Compressas não esterilizadas	Monitor de Sinais Vitais
Estetoscópio	**Escolher um dispositivo:**
Relógio	Braçadeira de Tensão arterial adequado ao tamanho da criança/jovem
	Oxímetro de pulso
	Elétrodos adequados ao tamanho da criança/jovem
	Desengordurante da pele

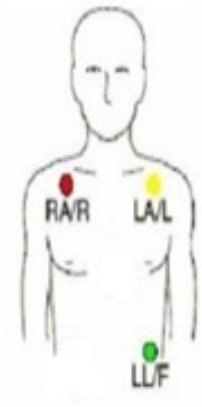
AVALIAR O PULSO A CRIANÇAS E JOVENS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Providencie os recursos necessários.	1.Economiza tempo, organizando os cuidados
3.Proceda à higienização das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.

4.Identifique a criança/jovem.	4.Evita erros.
5.Explique à criança/jovem e ao cuidador o motivo da avaliação e utilize medidas de distração.	5.Reduz a ansiedade do binómio criança/família e permite que seja assegurado o direito das crianças e dos pais de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão, promovendo a avaliação fidedigna.
6. Posicione a criança/jovem	6. Promove a avaliação e o conforto da criança/jovem.
7. Avalie o Pulso. 7.1 Sem monitor de sinais vitais: • Escolha o local a avaliar de acordo com a faixa etária. • Palpar o pulso escolhido com os 2º,3º e 4ºs dedos. • Pressionar suavemente a artéria evitando fazer pressão com o polegar no lado oposto do pulso enquanto a artéria. • Oblitere a pulsação aliviando gradualmente a pressão até que o pulso seja novamente palpável e comece a contar os segundos com o relógio começando no zero. • Se o ritmo for regular e se estiver a avaliar um pulso periférico avaliar durante 30 segundos e multiplicar por 2. Se o ritmo for irregular avaliar durante 60 segundos (Schub & Balderrama, 2017) e em seguida avaliar o pulso apical. Sempre que se avalia um pulso apical avalia-se durante 60 segundos (Schub & Balderrama, 2017). 7.2 Com Monitor de Sinais Vitais.	7.1 Permite avaliar o valor e as características do pulso. • Permite sentir a pulsação. • Permite evitar que confunda o pulso da pessoa/cliente com o seu próprio pulso. • Possibilita que se palpe adequadamente a pulsação – uma pressão moderada é a melhor; uma pressão muito forte provoca oclusão do pulso; uma pressão muito leve impede de sentir o pulso. • Permite obter corretamente o valor da frequência cardíaca – o zero inicia o intervalo de tempo e o pulso que se sente a seguir será o “um” da frequência. 7.2 Permite avaliar apenas o valor do pulso.

7.2.1 Através da avaliação da tensão arterial [TA] • Colocar a braçadeira de avaliação e TA conforme a Norma: Monitorizar a Tensão Arterial. • Pressionar o botão do monitor de avaliação de TA para insuflar a braçadeira. • Realizar a leitura dos valores no ecrã. 7.2.2 Através de oximetria de pulso (Ver Norma: Avaliar e monitorizar Saturação de Oxigénio. • Realizar a leitura dos valores no ecrã.	
8.Assegure a recolha do material utilizado.	8. Preserva o material e previne a transmissão cruzada de microrganismos.
9.Proceda à higienização das mãos.	9.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
10. Realize à criança e família os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	10. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados.
11.Registe as características do pulso: amplitude, ritmo e frequência, e documente em suporte legal e elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados, se encontrar alguma alteração.	11.Documenta de forma legal a avaliação realizada. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MONITORIZAR A FREQUÊNCIA CARDÍACA CONTINUAMENTE EM CRIANÇAS E JOVENS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Providencie os recursos necessários.	1.Economiza tempo, organizando os cuidados
2. Verifique se tem os cabos necessários ligados ao aparelho, e se o mesmo se encontra ligado a uma fonte de energia, (o monitor deverá estar	2.Economiza tempo, organizando os cuidados.

conectado a uma fonte de energia quando não está a ser utilizado).	
3.Proceda à higienização das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
4.Identifique a criança/jovem.	4.Evita erros.
5.Explique à criança/jovem e ao cuidador o motivo da monitorização e o seu objetivo, assim como o procedimento a realizar, tendo em conta a faixa etária da criança.	5.Reduz a ansiedade do binómio criança/família e permite que seja assegurado o direito das crianças e dos pais de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão.
6. Avaliação da frequência cardíaca através de cabo de eletrocardiograma [ECG]: • Posicione a criança/jovem em decúbito dorsal e elevação da cabeceira se a situação clínica permitir. • Limpar a pele com solução desengordurante. • Escolher os elétrodos de acordo com a faixa etária da criança/jovem. Exemplo de elétrodos neonatais Fonte da Imagem: https://www.biocath.com.br/images/produtos/img_produtos-eletrodo-neonatal.jpg Exemplo de elétrodos de crianças/jovens Fonte da imagem: https://quirumed.a.ssl.fastly.net/media/catalog/product/cache/9/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/0/5/057-F2080_0.jpg	6. Agiliza a monitorização. • Facilita a colocação dos elétrodos. • Facilita o contato dos elétrodos evitando falsas leituras. • Evita avaliação falsa de valores.

• Colocar os elétrodos no tórax numa posição triangular, de acordo com a derivação selecionada.  Colocação dos elétrodos Fonte da Imagem adaptada: https://image.slidesharecdn.com/monitorizaohemodinmicano-invasiva-semin-rio-150712133408-lva1-app6892/95/monitorizao-hemodinmica-noinvasiva-13-638.jpg?cb=1436708146 • Ligar os elétrodos ao cabo do monitor. Nota: troque os elétrodos em SOS, para facilitar aderência à pele e acautelar irritação cutânea. Aquando da troca dos elétrodos, deverão ser colocados ligeiramente descidos do local anterior.	• Garante uma correta monitorização. • Permite a avaliação dos valores no monitor.
7. Escolha no monitor a fonte da avaliação da frequência cardíaca referente ao ECG e regule os valores mínimos e máximos dos alarmes de acordo com a faixa etária da criança/jovem.	7.Estabele parâmetros de segurança.
8.Observe os valores no monitor e vigie.	8.Identifica alterações cardíacas.
9.Assegure a recolha do material utilizado.	9.Preserva o material e previne a transmissão cruzada de microrganismos.
10.Proceda à higienização das mãos.	10.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.

11. Realize à criança e família os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	11. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados.
12.Registe e documente em suporte legal e elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados, se encontrar alguma alteração.	12.Documenta de forma legal a avaliação realizada. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Walsh, K., & Balderrama, D. (2 de junho de 2017). Blood Pressure Reading, Indirect: Taking in a Pediatric. NURSING PRACTICE & SKILL.

Veiga et al. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos, 2.ªed. Lisboa: ACSS/Ministério da Saúde.

Caple, C., & Balderrama, D. (8 de maio de 2020). Physical Assessment: Performing a Cardiovascular Assessment in Neonates. NURSING PRACTICE & SKILL.

Richards, S., & Caple, C. (4 de Agosto de 2017). Physical Assessment: Performing a Cardiovascular Assessment in Children. NURSING PRACTICE & SKILL.

Schub, E. & Balderrama, D. (1 de setembro de 2017). Apical Pulse: Taking. NURSING PRACTICE & SKILL.

Schub, E., & Schub, T. (6 de julho de 2018). Arterial (Radial) Pulse: Taking. NURSING PRACTICE & SKILL.

European Resuscitation Council [ERC]. (2015). Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu (SAVPE). Tradução para Português. ISBN: 9789079157808.

Wilson, D. (2014). A Criança com alterações na realização das trocas gasosas. Em Hockenberry, M., & Wilson, D, Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9.ª ed., Vol.II, pp.1257-1298). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. (2014) Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em Hockenberry, M., & Wilson, D, Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9.ª ed., Vol.I, pp.122-187). Loures: Lusociência.

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, pp. 389-92, 398-402). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 05. AVALIAR A DOR A CRIANÇAS E JOVENS

Alexandra Castro, Ana Coelho, Cláudia Ruas, Raquel Santos, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste na determinação do significado de parâmetro de dor no/a recém-nascido [RN], na criança e jovem (OE, 2008).

A dor é definida como uma experiência individual, complexa, desagradável, muito variável na sua perceção e expressão, face à mesma estimulação dolorosa. A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a maioria das situações patológicas que envolvem cuidados de saúde, afetando a pessoa na sua globalidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003; DGS, 2010).

OBJETIVOS:

Uniformizar a prática de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor com vista à melhoria efetiva da qualidade de vida do/a recém-nascido, criança e jovem com dor.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

É um direito das pessoas e um dever de todos os profissionais de saúde olhar a dor enquanto um sinal vital. Reconhecida a nível internacional, como padrão de qualidade dos cuidados (Joint Commission International [JCI], 2011), a Direção-Geral de Saúde instituiu a dor como 5.º Sinal Vital, sendo esta um sinal de alarme, devendo ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada (DGS, 2003).

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, deve ser realizada de forma contínua e sistemática, a todos os níveis de prestação de cuidados, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, a dar segurança aos prestadores de cuidados de saúde e a melhorar a qualidade de vida da pessoa, constituindo uma norma de boa prática clínica (DGS, 2003; DGS, 2013). A avaliação da dor é realizada com recurso a instrumentos de: heteroavaliação e autoavaliação da dor, regulamentado na Circular Normativa, como norma de boa prática clínica (DGS, 2003).

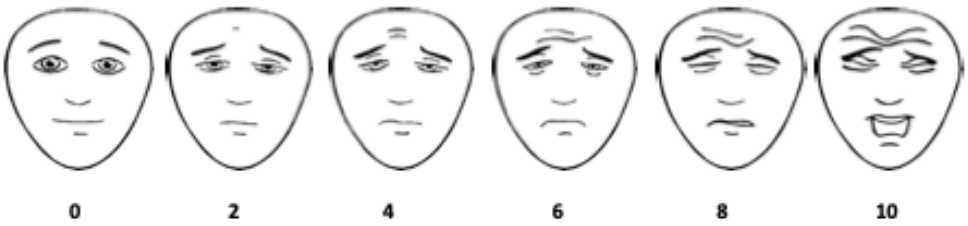
Antes do procedimento:

Capacite a criança consciente e colaborante, e cuidadores, explicando o motivo que a predispõe à dor, o objetivo de avaliar a dor, o instrumento a utilizar para avaliação da dor, a possibilidade de autorrelato ou de desenho da situação dolorosa. Ao utilizarem-se escalas de autoavaliação, é necessário demonstrar e explicar o seu funcionamento;

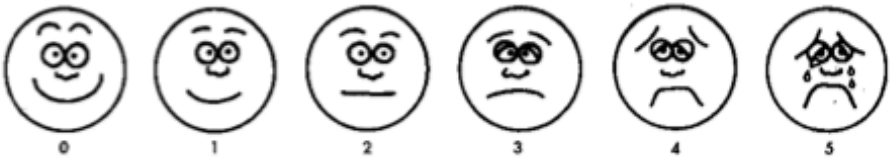
Selecione os instrumentos de avaliação conforme a idade, a situação clínica, as capacidades cognitivas, a preferência da criança/cuidadores quanto à escala de autoavaliação, e a facilidade de aplicação do instrumento;

Sempre que possível, utilize uma escala de autoavaliação. Utilizar a **autoavaliação** da dor em crianças a partir dos 3 anos, inclusive, quantificada com escalas de Faces, Numérica ou Visual Analógica (DGS, 2010).

ESCALA DE FACES Revista



ESCALA DE FACES WONG-BAKER



- Se a criança não for capaz de autoavaliar a dor utilize escalas de **heteroavaliação** (DGS, 2010):

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO				DATA												
				HORA												
	0	1	2	3												
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada												
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel												
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece												
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação												
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada												
PONTUAÇÃO TOTAL																

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.
Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

NIPS
(Neonatal Infant Pain Scale)

	Descrição
Expressão facial	
0 –Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choraminga	Choraminguo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.
Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mimica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑0 – 4 bpm	↑5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO_2 mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 –4,9 %	↓5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.
Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO			DATA											
			HORA											
	0	1	2											
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas											
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas											
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos											
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.											
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar											
			Pontuação total											

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs.1997; 23(3): 293-7.
Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. Referência 2009:10:7-14.

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised
(FLACC-R)

Face 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso 1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada 2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico Comportamento individualizado:
Pernas 0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores 1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais 2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos Comportamento individualizado:
Actividade 0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica 1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes. 2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular Comportamento individualizado:
Choro 0 = Sem choro/ verbalização 1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais 2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes Comportamento individualizado:
Consolabilidade 0 = Satisfeita e relaxada 1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída. 2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto Comportamento individualizado:

© The Regents of the University of Michigan
Malviya S,Yopel-lewis T, Burke C; Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Pediatric Anesthesia 2006;16(3):258-265.

Adapte a linguagem a cada criança e cuidadores, e avaliar sempre se a informação foi compreendida;

Mantenha sempre a mesma escala de avaliação da intensidade da dor, possibilitando a comparabilidade e a evolução da intensidade da dor, exceto se a situação da criança se alterar;

O/a enfermeiro/a deve elaborar uma história da dor, que contemple as experiências de dor em situação crónica e/ou aguda, recorrendo a uma colheita de dados que inclua:

- Localização - descrever o local da dor, podendo recorrer ao uso de diagramas da silhueta corporal;
- Cronologia – permite conhecer a evolução e o padrão da dor, como se inicia e evolui ao longo do tempo;
- Intensidade – obtida com a utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- Qualidade - as palavras que a criança utiliza para caracterizar a dor;
- Impacto da dor nas Atividades de Vida Diárias [AVD];

- Fatores de alívio e/ou agravamento da dor;
- Estratégias e capacitação na gestão da dor;
- Experiências anteriores traumatizantes e medos.

A dor deve ser sempre avaliada e registada em todas as crianças:

Em **internamento**:

- Avalie e registe na admissão até à alta; 1 vez por turno se dor controlada; 4/4h ou 2 vezes turno, ou sempre que necessário, se dor não controlada;
- Antes de administração de analgesia e após administração de analgesia avaliando a sua eficácia;
- No momento de transferência entre unidades (exames, serviços, bloco operatório, etc.).

Em **regime de ambulatório**:

- Avalie de forma regular e sistemática no primeiro contacto e nos seguintes;
- Avalie antes e após qualquer procedimento potencialmente doloroso, ajustando as intervenções;
- Recolha dados e registe a história de dor, tendo em conta prescrições anteriores, e as intervenções não farmacológicas utilizadas.

<u>Durante o procedimento:</u>

Avalie a dor e registar a sua intensidade, com recurso a escalas adequadas à idade, situação clínica e cognitiva de cada criança;

Dê tempo à criança para expressar a sua dor;

Avalie características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);

Acredite na intensidade da dor referida pela criança;

Tenha sempre presente o comportamento habitual da criança, ou de uma criança sem dor da mesma idade;

Planeie as intervenções de alívio da dor;
Intervenha na dor com medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas;

Em situações de dor intensa, o/a enfermeiro/a poderá dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

Após o procedimento:

Avalie o efeito da terapêutica administrada e/ou das medidas não farmacológicas adotadas;
Registe a intensidade e as características da dor no processo clínica da criança, recorrendo ao aplicativo informático disponível no serviço;
Registe todas as intervenções adotadas para controlo da dor, e resultados;
Reavalie a dor com periodicidade;
Instrua cuidadores e criança na identificação de estratégias de alívio da dor, nomeadamente medidas não farmacológicas.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Escalas de dor para mensuração da intensidade da Dor:

Escalas de Autoavaliação (entre 3 e 6 anos):

- **FPS-R** (Faces Pain Scale Revised) – a partir dos 4 anos;
- **Faces de Wong-Baker** – a partir dos 3 anos.

Escalas de Autoavaliação (a partir de 6 anos):

- **EVA** (escala Visual Analógica)
- **EN** (Escala Numérica)
- **Escala Qualitativa**.

Escalas de Autoavaliação (entre 3 e 6 anos):

- **FPS-R** (Faces Pain Scale Revised) – a partir dos 4 anos;
- **Faces de Wong-Baker** – a partir dos 3 anos.

Escalas de heteroavaliação (**RN**):

- **EDIN** (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo;
- **PIPP** (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;

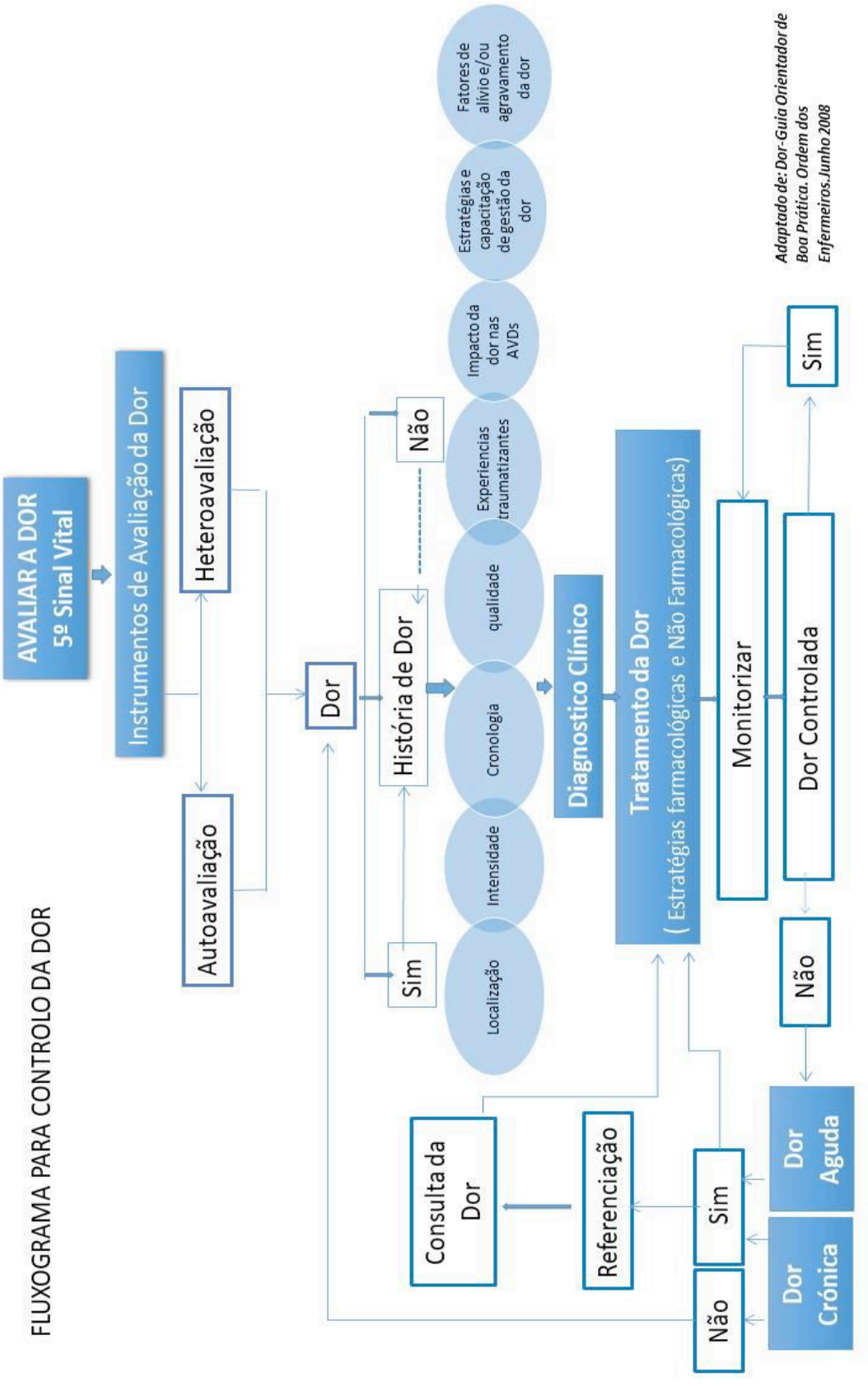
- Escalas de heteroavaliação (crianças):
  - **Menores de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar**:
    FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability);
  - **Menores de 18 anos**:
    FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability);
    OPS (Objective Pain Scale) – Dor Aguda;
  - **Criança com multidificência:**
    FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised);
    DESS (Douler Enfant San Salvadour);
  - **Crianças com sedação e sob ventilação mecânica:**
    BPS-IP (Behavioral Pain Scale – Intubated Patient);
    COMFORT-B (UCI ventilados)
  - **Crianças na triagem no Serviço de Urgência:**
    Escala de Triagem de Manchester – Régua da Dor.

○ **N-PASS** (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida; ○ **NFCS** (Neonatal Facial Coding System) - Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal.	

AVALIAR A DOR A CRIANÇAS E JOVENS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a criança.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à criança e cuidadores e solicite a sua colaboração de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.	3. Obtém consentimento e colaboração por parte da criança, cuidadores; promove a parceria de cuidados.
4. Realize história de dor.	4. Permite uma melhor avaliação e controlo adequado da dor.
5. Questione a criança sobre a presença de dor.	5. Permite identificar a existência de dor.
6. Questione a criança sobre as características da dor: tipo de dor, localização, frequência, duração, fatores de alívio ou agravamento, se aplicável.	6. Facilita o procedimento e permite uma avaliação mais exata da dor.
7. Avalie a intensidade da dor – providencie escala de avaliação da dor o mais adequada possível à situação.	7. Permite maior objetividade na avaliação da intensidade da dor.
8. Avalie a dor antes, durante e após cada procedimento potencialmente doloroso.	8. Permite adequar medidas de controlo da dor a cada etapa do procedimento.
9. Adote medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas conforme a avaliação efetuada.	9. Previne a exacerbação da dor e dá resposta às necessidades da criança.
10.Reavalie a dor após a instituição das medidas para controlo da dor.	10.Verifica eficácia das medidas aplicadas.
11. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio	11.Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Previne novos

de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Instrua a criança e os cuidadores sobre estratégias de alívio da dor.	episódios de dor, ou novos episódios de dor de grau elevado.
12.Registe a intensidade da dor inicial, a escala utilizada, as medidas adotadas e resultados. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	12.Permite documentar história de dor, estratégias adotadas e resultados obtidos, assim como promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

FLUXOGRAMA:


FLUXOGRAMA PARA CONTROLO DA DOR
AVALIAR A DOR
5º Sinal Vital
Instrumentos de Avaliação da Dor
Heteroavaliação
Autoavaliação
Dor
História de Dor
Não
Sim
Localização
Intensidade
Cronologia
qualidade
Experiencias traumatizantes
Impacto da dor nas AVDs
Estratégias e capacitação de gestão da dor
Fatores de alívio e/ou agravamento da dor
Diagnostico Clínico
Tratamento da Dor
(Estratégias farmacológicas e Não Farmacológicas)
Monitorizar
Dor Controlada
Sim
Não
Consulta da Dor
Referenciação
Sim
Não
Dor Aguda
Dor Crónica
Adaptado de: Dor-Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros. Junho 2008

REFERÊNCIAS:

Batalha, L. M. C., Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Miguens, A.P.M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) em crianças. Revista Referência: II serie, nº10, 7-14.

Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., Bizarro, V. (2013) Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP/PT). Revista de Enfermagem Referência, volume III, nº 9, p. 7-16. ISSN: 0874-0283.

Batalha, L. M., Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised* (FLACC-R). Revista de Enfermagem Referência, Série III(11), 7-17. DOI: 10.12707/RIII12101.

Batalha, L., Santos, L. A., Guimarães, H. (2003b). Avaliação de Dor e Desconforto no/a recém-nascido. Acta Pediátrica Portuguesa, 3(34), 159-163.

Batalha, L., Santos, L.A., Guimarães, H. (2003a). Avaliação da dor na criança pré-verbal. Revista de Saúde Infantil de Coimbra. Saúde infantil, 25(3), 35-44.

Batalha L, Santos L. A, Guimarães H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediátrica Portuguesa, 4(36), 201-7.

Bottega, F. H., Benetti E.R.R.; Benetti, P.E.; Gomes, J.S.; Stumm, E.M.F. (2014). Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online: 6(3)909-917 jul./set. ISSN 2175-5361 J. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p909.

Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa Nº 09/DGCG Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP, de 18 de Junho. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. P. 1-7. Ministério da Saúde. Lisboa.

Garcia, M., Fernandes, A. (2007). Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. Revista Referência, serie II, n.°5, p. 17-22.

Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lisboa: Lusociência: 9º Ed..

Hicks, C.L., von Baeyer C.L., Spafford, P., van Korlaar, I., Goodenough, B. (2001). *The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain*; 93:173-183.

Joint Comission International [JCI]. (2011). Padrões de Acreditação da *Joint Comission International* para Hospitais. Tradução Oficial para Português. 4º. Ed.

Merkel, S.I, Voepel, L.T, Shayevitz JR, Malviya, S. (1997) *The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children.Pediatr Nurs*, May-Jun; 23(3), p.293-7.

Oliveira, T. M. (2011). Análise psicofísica da escala multidimensional de dor *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* (N-PASS) em recém-nascidos. Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Residência Médica em Pediatria do Hospital Regional da Asa Sul. Brasília – DF.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador De Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas No Controlo Da Dor Na Criança. Série 1- Número 6. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2016) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Versão 2015. Lisboa: OE.

Silva, A. M. (2009). Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, pp. 389-92,403-06). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER O CONFORTO

Norma 06. *Executar cuidados imediatos ao neonato*

Norma 07. *Executar massagem de relaxamento à criança*

Norma 08. *Executar massagem abdominal para alívio de cólicas*

Norma 09. *Executar banho do/a recém-nascido/a no balde*

Norma 10. *Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre o banho do/a recém-nascido/a*

Norma 11. *Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa cuidados ao coto umbilical*

Norma 12. *Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a vestir e despir o/a recém-nascido/a*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 06. EXECUTAR CUIDADOS IMEDIATOS AO NEONATO

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

Imediatamente após o parto os cuidados prestados ao neonato[1] são essenciais para a sua adaptação, diminuindo a morbimortalidade neonatal. A transição do meio intrauterino para o extrauterino é marcada por inúmeras alterações para o neonato. O meio intrauterino proporciona um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o/a recém-nascido/a vai-se adaptando gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento.

[1] Sinónimo de recém-nascido/a até ao 28º dia de vida.

OBJETIVOS:

Promover a adaptação do/a recém-nascido/a à vida extrauterina;

Prevenir a perda de calor;

Prevenir o risco infecioso;

Garantir a segurança do/a recém-nascido/a;

Promover a amamentação na primeira hora de vida.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre o processo de adaptação do/a recém-nascido/a à vida extrauterina;

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a perda de calor do/a recém-nascido/a após o nascimento e os benefícios do contato pele a pele;

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de prevenir riscos infeciosos;

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de garantir a segurança do/a recém-nascido/a.

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida;

Durante o procedimento:

Secar o/a recém-nascido/a incluindo a cabeça e estimular com movimentos de fricção as costas, de cima para baixo, utilizando um pano macio limpo e quente. Evitar, tanto quanto possível, remover o vernix, substância cremosa e branca que pode estar na pele do/a recém-nascido/a e que a protege prevenindo contra infeções;

Avaliar a respiração e a cor do/a recém-nascido/a enquanto o seca observando se está a respirar, se está com dificuldade respiratória ou se não está a respirar;

Observar a cor do/a recém-nascido/a. O rosto e o peito devem estar rosados. A observação de coloração acinzentada ou azulada significa a presença de alterações. Nos/as recém-nascidos/as com pele mais escura, pode-se avaliar a cor da língua, lábios e membranas mucosas que devem estar rosadas e não acinzentadas ou azulados. A cor rosada da pele do/a recém-nascido/a significa uma respiração e circulação adequadas. A cor azulada da língua, lábios e tronco é sinal de falta de oxigênio no sangue. Recém-nascidos/as com as mãos e pés de cor azulada, não significa falta de oxigênio e desaparece passado um a dois dias depois do nascimento;

Colocar o/a recém-nascido/a em contacto pele a pele com a mãe, o calor da mãe passa facilmente mãe/casal/pessoa significativa.

Após o procedimento:

Informar a mãe/pai/pessoa significativa dos procedimentos realizados;

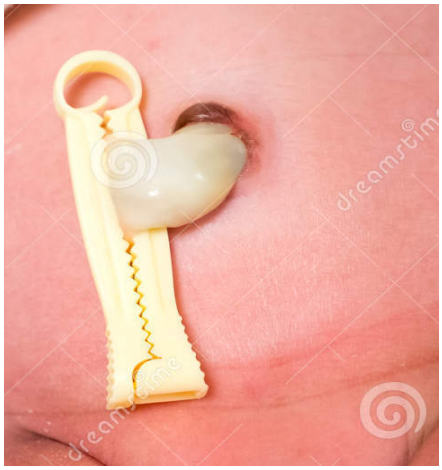
Informar a mãe/pai/pessoa significativa que a adaptação do/a recém-nascido/a está a fazer-se de forma normal;

Incentivar a amamentação.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Lençóis/toalhas/cobertores para o/a Recém-nascido/a.	Equipamento para reanimação do/a recém-nascido/a;
Gorro.	Clampe para o cordão umbilical;
Tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical.	Colírio ou pomada para os olhos.

EXECUTAR CUIDADOS IMEDIATOS AO NEONATO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Seque e estimule o/a recém-nascido/a.	1. Os/as recém-nascidos/as perdem calor rapidamente após o nascimento. O seu sistema regulador da temperatura é ainda imaturo e por isso não têm capacidade para regular sua temperatura. Cubra o/a recém-nascido/a com um pano macio ou cobertor aquecido. Cubra a cabeça do/a recém-nascido/a com um gorro.
2. Avalie a respiração e a cor do/a recém-nascido/a.	2. O rosto e o peito não devem estar acinzentados nem azulados mas rosados. Nos/Nas recém-nascidos/as com pele mais escura, pode-se avaliar a cor da língua, lábios e membranas mucosas que devem estar rosadas e não acinzentadas ou azulados. A cor rosada da pele do/a recém-nascido/a significa uma respiração e circulação adequadas.
3. Avalie a necessidade de reanimação do/a recém-nascido/a. • Índice de APGAR usado para avaliar o estado do/a recém-nascido/a no primeiro e quinto minuto de vida após o nascimento; • Importante avaliar a frequência respiratória; esforço respiratório, tônus muscular; Irritabilidade reflexo e cor; • Um score de APGAR inferior a 7 no quinto minuto indica depressão do SNC e inferior a 4 depressão grave;	3. Se o/a recém-nascido/a não estiver a respirar ou tiver dificuldade em respirar, precisa de ser reanimado/a.

• Providencie à/ao enfermeira/o especialista em saúde materna e obstétrica/médico/a obstetra o material para a clampagem e corte imediato do cordão umbilical, coloque o/a recém-nascido/a numa superfície plana e quente e inicie a reanimação.	
4. Providencie à/ao enfermeira/o especialista em saúde materna e obstétrica/médico/a obstetra o material para clampar e corte do cordão umbilical (Ver Norma 10. Ensinar mãe/pai/pessoa significativa cuidados ao coto umbilical).	4. O corte do cordão umbilical separa o neonato da placenta materna. Este deve ser clampado com uma pinça de Kocher a cerca de 10 cm do abdómen do neonato. Depois colocar o Clamp do cordão umbilical a cerca de 2cm do abdómem do neonato e cortar com a tesoura, a cerca de 1cm acima do Clamp (entre este e a Pinça de Kocher). Se a mãe e o/a recém-nascido/a estiverem em boas condições, não necessita ser realizado logo após o nascimento, podendo-se preservar o contato precoce entre a mãe e o/a recém-nascido/a.
 Fonte da Imagem: https://pt.dreamstime.com/imagens-de-stock-cabo-de-cord%C3%A3o-umbilical-do-beb%C3%AA-rec%C3%A9m-nascido-image40015654	
5. Coloque o/a recém-nascido/a em contato pele a pele com a mãe.	5. O calor da mãe passa facilmente para o/a recém-nascido/a e ajuda a estabilizar a sua temperatura. Cubra a mãe e o/a recém-nascido/a com um pano macio e quente.

	A proximidade entre a mãe e o/a recém-nascido/a ajuda a promover o vínculo mãe/filho/a. O contacto contribui para o sucesso da amamentação imediata.
6. Promova a amamentação o mais precocemente possível, dentro da primeira hora de vida.	6. A maioria dos/as recém-nascidos/as está pronta para amamentar entre 15 e 55 minutos depois do nascimento. A amamentação imediata e ilimitada promove a manutenção da temperatura, a nutrição e anticorpos para combater infeção.
7. Cuide dos olhos com a seguinte sequência de procedimentos. • Segure um olho aberto e deixe uma gota do medicamento cair nele. • Certifique-se de não deixar que o conta-gotas ou o tubo do medicamento toque no olho do/a recém-nascido/a ou em qualquer outro lugar. • Repita este passo para colocar o medicamento no outro olho. • Após o procedimento não enxague os olhos.	7. O cuidado aos olhos protege o/a recém-nascido/a contra infeção ocular grave.
8. Administre a vitamina K, 1mg, intramuscular e faça as primeiras imunizações (imunoglobulina anti B) de acordo com o programa e os protocolos de imunização em vigor.	3. Proteger o/a recém-nascido/a contra infeções. As imunizações são administradas para evitar doenças que podem causar problemas graves e até mesmo a morte. A vitamina K deve ser administrada no dia do nascimento. Imunoglobulina anti B em recém-nascidos/as de mãe com hepatite B positiva (administrar antes de iniciar a amamentação).

9. Lave higienicamente as mãos.	9.Previne infeção.
10. Registe e documente os resultados.	10.Confirma o procedimento.

REFERÊNCIAS:

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-nascido*. Manual de Consulta – Healthy Newborn Network, Save the Children Federation. Obtido de: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf

Cruz, D.C.S., Sumam, N. S., Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, *41(4),690-697*. Obtido de: www.ee.usp.br/reeusp

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 07. EXECUTAR MASSAGEM RELAXAMENTO À CRIANÇA

Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO

Procedimento de enfermagem, de caráter autónomo, que consiste em providenciar massagem de relaxamento à criança.

Estão descritas múltiplas vantagens para os cuidadores e para as crianças (Engelke, 2017; Mclure, 2017 e Schub, 2017):

Para os cuidadores	Para as crianças
Vinculação efetiva	Relaxa a criança induzindo um efeito calmante
Redução da incidência da depressão pós-parto	Fortalecimento do sistema imunológico
Menores níveis de stresse parental	Promoção da adaptação ao meio ambiente

OBJETIVOS

Promover o crescimento e desenvolvimento global da criança;

Promover o relaxamento da criança, diminuindo os sinais de stresse;

Otimizar o sono da criança;

Proporcionar o alívio da dor.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO

Antes do procedimento

Avalie se a criança tem condições para receber a massagem de relaxamento

A criança deve estar em estado de alerta, calmo, recetivo ao procedimento e colaborante de acordo com a sua fase de desenvolvimento.

Critérios de exclusão (Engelke, 2017 e Schub, 2017):

- Intolerância à estimulação e ao toque;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Lesões na pele, incluindo queimaduras ou feridas;
- A massagem na região do abdómen não deve ser realizada se a criança tiver ingerido alimentos recentemente;
- Local anatómico da vacinação, se tiver ocorrido administração de vacina recentemente;
- Recém-nascidos doentes ou pré-termo com idade gestacional inferior a 30 semanas (Smith, 2012).

Otimize o ambiente

Providencie um ambiente tranquilo e livre de distrações, diminuindo o ruído, a luminosidade e outras distrações, permitindo que a criança consiga relaxar. O local deve estar aquecido.

Obtenha o consentimento da criança para a realização do procedimento (caso se adeque à sua fase de desenvolvimento)

Promova a parentalidade

Estimule a participação dos cuidadores na execução da massagem, explicando o objetivo e o procedimento.

Durante o procedimento

Escolha o produto hidratante para a massagem adequado à criança

Preferencialmente deve ser utilizado um óleo de origem natural. Pode utilizar-se também o creme hidratante habitual da criança. Este deve ser ligeiramente aquecido através da fricção nas mãos de quem irá executar a massagem.

Posicione a criança

Coloque a criança numa superfície confortável, como por exemplo a cama ou uma maca.

Escolha o tipo de massagem que vai realizar

A massagem "Shantala" e a "Borboleta" estão mais indicadas desde a idade recém-nascido até à idade escolar (OE, 2013).

⇒ **Massagem Borboleta**

Esta massagem inicia-se na zona da cabeça e é realizada no sentido cefalo-caudal. São utilizados movimentos suaves, circulares com as mãos, de forma simétrica em toda a região do corpo, terminando

nos pés. Na zona plantar das mãos e pés, deve exercer-se pressão no sentido proximal-distal. Primeiro massaja-se a região anterior com a criança em decúbito dorsal e posteriormente a região posterior. No final desta massagem deve embalar-se a criança ao colo durante cerca de 1 minuto.

⇒ **Massagem Shantala**

Pode efetuar massagem de corpo inteiro ou apenas um segmento.

Em recém-nascidos, a massagem deve ser breve e apenas durante o tempo que a criança demonstrar sinais de conforto. Pode ser necessário massajar apenas um segmento, principalmente se forem recém-nascidos pré-termo.

Os movimentos neste tipo de massagem são circulares, do centro para a periferia, utilizando ambas as mãos. Inicia-se com a criança em dorsal, colocando-se uma das mãos no abdómen até um dos ombros, seguindo-se a outra mão e efetuando os mesmos movimentos até cada um dos ombros.

Os membros superiores e inferiores são massajados da direção proximal para a distal. Depois segure os pés da criança, mantendo as pernas esticadas e, com o antebraço, prossiga no mesmo sentido, sempre da proximal para a distal.

Em seguida coloque a criança em decúbito ventral e com uma das mãos deslize desde o ombro até a região nadegueira da criança, subindo novamente até ao ombro, enquanto que a outra mão percorre o lado contralateral, e assim sucessivamente. Posteriormente, uma das mãos percorre lentamente o dorso da criança desde a nuca até as nádegas. Este movimento deve ser realizado com diferentes intensidades, mas sempre de forma lenta. Por último deve efetuar-se o mesmo movimento percorrendo os membros inferiores da criança até à região do calcâneo.

A face da criança deve ser massajada quando esta está em decúbito dorsal, colocando as mãos na região frontal e deslocando os dedos contornando a região supraciliar afastando-as até à zona temporal. Por fim, com a ajuda dos polegares desloca-se até à base do nariz seguindo a sua borda externa e assim sucessivamente. Esta massagem deve ser terminada com movimentos de cruzamento, iniciando com os dois membros superiores sob a região do tórax, em seguida cruzar os membros superiores e inferiores contralateral, de forma a que a mão toque no pé contralateral e assim sucessivamente.

No final desta massagem pode providenciar-se um banho à criança.

⇒ **Massagem de relaxamento e alívio da dor (criança toddler, pré-escolar, escolar e adolescentes)**

Pode ser utilizado um conjunto de técnicas de massagem ou apenas um. Deve massajar-se um segmento de cada vez e só passar para o próximo quando se terminou o anterior. O tempo utilizado para a massagem difere conforme a tolerância apresentada pela criança.

A técnica de deslizamento promove o relaxamento. Pode ser aplicada a todo o corpo ou apenas a um segmento. O movimento deve ser circular no sentido dos ponteiros do relógio, superficiais e profundos num ritmo constante. As mãos não devem deixar de tocar na pele da criança.

O movimento de rosca é amplamente utilizado, consistindo no deslizamento das duas mãos (mãos fechadas com o polegar contra o indicador) sob um membro em movimentos circulares da zona proximal para a distal. A intensidade deve ser adequada ao tamanho da criança e à sua tolerância.

A compressão envolve uma ação sincronizada de manobras circulares, assumindo uma pressão conforme tolerância da criança. Geralmente, este método é mais eficaz em zonas de grandes músculos, como por exemplo nos músculos anteriores da coxa.

O alongamento passivo e movimento das articulações pode ser útil também na promoção da extensão completa dos membros, promovendo o relaxamento.

Em crianças mais crescidas pode ser vantajoso associar à massagem uma música relaxante.

Vigie a adaptação da criança à massagem

Se a criança demonstrar sinais de stresse, choro intenso ou verbalizar que não quer que se mantenha a massagem, deve suspender-se o procedimento imediatamente. Converse com a criança para conhecer a sua satisfação com a massagem. A duração da massagem deve ser tanto menor quanto mais nova for a criança.

Após o procedimento

Avalie a eficácia do procedimento

Se a criança adormecer devem ser providenciadas as condições para que mantenha o sono tranquilo.

Realize os registos de enfermagem

Registe a reação da criança e a eficácia do procedimento no respetivo processo clínico.

MATERIAL NECESSÁRIO

Equipamento de proteção individual (avental descartável e luvas), caso se justifique

Óleo de origem natural ou creme hidratante

Cama ou superfície agradável e confortável

EXECUTAR MASSAGEM DE RELAXAMENTO À CRIANÇA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Proceda à higiene das mãos e vista o equipamento de proteção individual, caso se justifique.	1. Previne a contaminação.
2. Explique os objetivos e o procedimento aos cuidadores e à criança (adequando ao seu desenvolvimento), solicitando o seu consentimento e colaboração.	2. Promove a autonomia da criança, parceria dos cuidados e diminui o stresse do cuidador.
3. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo.
4. Otimize o ambiente.	4. Permite à criança o ambiente calmo e relaxante.
5. Posicione a criança de forma confortável	5. Favorece o relaxamento.
6. Colocar creme hidratante ou óleo nas mãos de quem vai massajar, previamente aquecido, nunca colocando diretamente na pele da criança	6. Facilita a massagem e previne complicações
7. Executar a massagem conforme o tipo selecionado	7. Adequa o procedimento à criança
9. Avalie a tolerância da criança à massagem	9. Garante a satisfação da criança e promove o conforto
10. Proceda à higiene das mãos.	10. Previne a contaminação.
11. Reúna e acondicione o material utilizado.	11. Promove o acondicionamento correto do material.
12. Registe e documente os resultados	12. Promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa de Massagem Infantil. Disponível em http://apmi.org.pt

Engelke, Z. (2017) Parent Teaching: Infant Massage. Nursing Pratice & Skill

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

McClure, V. (2011). The tao of motherhood infant massage. 4th edition. New York, United States of America: Random House Publishing Group.

McClure, V. (2017). Infant massage A Hanbook for Loving Parents. 4th edition. New York, United States of America: Bantam.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo de dor na criança. Guia Orientador de Boa Prática, Série 1 (Ordem dos Enfermeiros), 80. Lisboa. Obtido em dezembro de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Pados, B., McGlothen-Bell, K. (2019) Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU,

Nursing for Women's Health, 23 (3), 265-271.

Smith, J. (2012). Comforting touch in the very preterm hospitalized infant: An integrative review. Advances in Neonatal Care, 12(6), 349-365.

Schub T; Pravikoff D. (2017) Infant Massage, Nursing Pratice & Skill

Tamez, R., & Silva, M.J.P. (2017) Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 6ª. edição. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan, SA.

Vieira da Cruz, C.M., Ide, M.R., Tanaka, C., & Caromano, F.A. (2008). Elaboração e Validação de Manual de Massagem para Bebés. Fisioter. Mov. 21(4), 19-26.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 08. EXECUTAR MASSAGEM ABDOMINAL PARA ALÍVIO DE CÓLICAS

Mónica Costa & Ana Rita Figueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de caráter autónomo e independente, que consiste na execução de massagem abdominal para alívio do desconforto abdominal provocado por cólicas.

A massagem abdominal é uma medida não farmacológica e não invasiva para o alívio da cólica abdominal.

A cólica manifesta-se principalmente por períodos agudos e persistente de choro intenso nas crianças mais pequenas. É muito frequente nos lactentes, principalmente nos primeiros três meses de vida. Nesta fase consiste numa condição transitória de etiologia multifatorial (deglutição excessiva de ar durante a mamada, intolerância à proteína do leite de vaca, refluxo gastroesofágico e imaturidade do sistema gastrointestinal, por exemplo), sem riscos de mortalidade associados e repercussões no desenvolvimento da criança, contudo causa desconforto e muita ansiedade nos cuidadores.

Nas crianças maiores a cólica pode estar associada a patologias gastrointestinais. Geralmente é facilmente identificada pela criança.

OBJETIVOS:

Diminuir o desconforto provocado pela cólica abdominal.

Prevenir a dor associada à cólica abdominal.

Ensinar os cuidadores a aliviar a cólica abdominal.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

É fundamental compreender e identificar os sinais e sintomas das cólicas nos recém-nascidos (RN) e/ou lactentes, bem como, atuar no alívio do seu desconforto/dor. A cólica manifesta-se principalmente por períodos agudos e persistentes de choro intenso. A criança pode estar a dormir e acordar de repente com choro intenso.

Avalie a dor e despiste outras causas da mesma. Após a identificação da cólica, deve utilizar-se a massagem abdominal como estratégia não farmacológica da dor, podendo ser utilizada com outras estratégias adequadas à idade da criança.

Otimize o ambiente providenciando um ambiente tranquilo e livre de distrações, que permita ao/a RN/criança/jovem estar calmo, adequando a luminosidade, ruído e outros estímulos externos. Garanta a privacidade da criança/jovem.

Explique o procedimento adequando a linguagem à idade da criança/jovem, permitindo a sua colaboração da criança/jovem no procedimento, adequando ao seu estadio do desenvolvimento. Informe os cuidadores sobre o objetivo do procedimento e explique o mesmo.

É muito importante estimular a participação dos cuidadores no procedimento. Devem ser ensinados e instruídos a aliviar a cólica abdominal. Para os cuidadores dos RN constitui fator de ansiedade a presença da cólica. Se estiverem devidamente capacitados, facilmente conseguirão aliviar o desconforto do/a RN, bem como reduzir a sua própria ansiedade.

Verifique o estado geral da criança e garanta que conhece o diagnóstico, bem como a causa da cólica abdominal.

Este procedimento pode ser realizado 2 a 3 vezes por dia. Não deve exceder os 5-10 minutos de cada vez.

Durante o procedimento:

Envolva a cuidadores na massagem.

Vigie o estado geral do/a RN/criança/jovem, bem como a sua tolerância à massagem.

Estimule a sucção não-nutritiva no/a recém-nascido/lactente e/ou utilize outras estratégias não farmacológicas.

Após o procedimento:

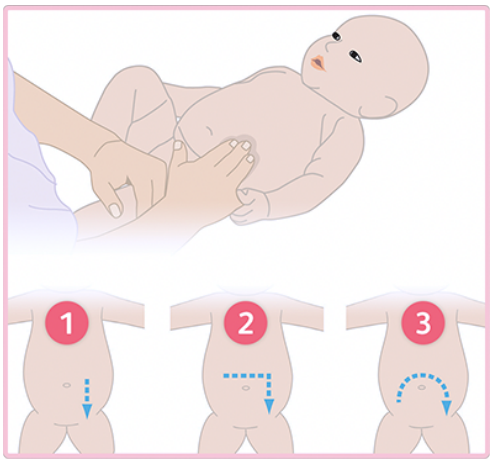
Promova o conforto do/a RN/criança/jovem.
Realize os registos de enfermagem.
Promova o envolvimento parental. Garanta que os cuidadores sabem aliviar a cólica abdominal do/a RN/criança ou jovem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

EPI's (bata e/ou avental e luvas)

Creme hidratante adequado à idade ou óleo de amêndoas doces

EXECUTAR MASSAGEM ABDOMINAL PARA ALÍVIO DE CÓLICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Identifique a criança e o diagnóstico de enfermagem (dor presente no abdómen).	1. Previne erros de identificação e prescrição.
2. Proceda à higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Explique os objetivos e o procedimento à criança e aos cuidadores, solicitando o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	3. Promove a parceria dos cuidados e diminui o stresse da criança e do/a cuidador/a.
4. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da pessoa.	4. Economiza tempo.
5. Otimize o ambiente.	5. Garante a privacidade e a tranquilidade necessária para o alívio da dor.
6. Coloque os EPI's.	6. Previne infeções.
7. Garanta que o/a RN/criança está em estado de alerta.	7. Promove o repouso.
8. Posicione o/a RN/criança em dorsal. Pode utilizar uma ligeira inclinação da cabeceira.	8. Promove o conforto.
9. Coloque o creme hidratante ou óleo de amêndoas doces nas mãos, garantindo que toda a superfície está bem hidratada e aquecida.	9. Facilita o procedimento.
10. Inicie a massagem: • Pousar as mãos no abdómen do/a RN/criança. • Deslize suavemente a palma das mãos, alternadamente, de cima para baixo e da	10. Permite a realização do procedimento

esquerda para a direita (de frente para a criança). Repita o movimento cerca de 6 vezes. • Segure nos tornozelos da criança, promovendo a flexão do joelho, seguido de extensão (perna esticada) de forma alternada, como se o lactente estivesse a andar de bicicleta. Manter os joelhos da criança no abdómen cerca de 6 segundos sem exercer demasiada pressão. Realize este movimento de forma lenta. No caso de ser uma criança maior promova este movimento, caso seja possível. • Realize movimentos circulares (desenhando um círculo) com uma mão no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo, passando do epigastro para o hipogastro. A outra mão desenha um semicírculo no mesmo sentido começando na zona infra umbilical. Os movimentos devem ser repetidos e realizados com alguma pressão, contudo sem causar desconforto à criança. (Ver imagem)  Fonte: Johnson's Baby, 2016	
11. Ensine o procedimento aos cuidadores. Incentive os cuidadores a realizar o procedimento e supervisione.	11. Promove a capacitação dos cuidadores.

12. Conforte o/a recém-nascido, através do aconchego ou do enrolamento, promovendo a sucção não nutritiva. Se for uma criança maior promova outras técnicas de distração e conforto.	12. Providenciar conforto à criança.
13. Realize a higienização das mãos.	13. Previne infeções.
14. Recolha o material, garantindo uma unidade limpa e organizada.	14. Mantém o material arrumado e previne acidentes.
15. Realize a higienização das mãos.	15. Previne infeções.
16. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Faça os registos de Enfermagem fazendo referência à dor avaliada antes e após o procedimento, bem como a reação da criança à massagem. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	16. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, identifique quem o executou e garante a continuidade dos cuidados de Enfermagem. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

International Association of Infant Massage (2013). Handouts for parents. Acedido a 1 de agosto de 2019 em https://www.poole.nhs.uk/pdf/IAIM%20Parent%20Handouts-20141%20(2).pdf

Kosminsky, F. S., & Kimura, A. F. (2004). Cólica em recém-nascido e lactente. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 147-156.

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de Enfermagem em Pediatria: Do discurso à ação dos Enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, 6, 113-121.

Ramos E., Silva L., Cursino E., Machado M. & Ferreira D. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. Revista Enfermagem UERJ, 22(2), 245-50.

Ramos, A. C., Frias, A., & Risso, S. (2016). Resultados da intervenção do toque terapêutico no/a recém-nascido: Uma revisão sistemática da literatura. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 502-518.

Saavedra, M. A., Costa, J. D., Garcias, G., Horta, B. L., Tomasi, E., & Mendonça, R. (2003). Incidência de cólica no lactente e fatores associados. Jornal de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria, 115-123.

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Zeevenhooven, J., Browne, P., L'Hoir, M., de Weerth, C., & Benninga, M. (2018). Infant colic: mechanisms and management. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 15(8), 479–496.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 09. EXECUTAR BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A NO BALDE

Ana Rita Ramalho, Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

O banho de imersão no balde no/a Recém-nascido/a (RN) é um procedimento de enfermagem de carácter autónomo ou interdependente, caso seja recomendado pelo pediatra ou fisioterapeuta. Consiste numa técnica terapêutica de imersão do/a RN num balde com água aquecida a uma temperatura de aproximadamente 37ºC, recriando o ambiente do útero materno (Ataíde, *et al*., 2016; Maternidade, s.d.).

OBJETIVOS:

Promover o conforto (Maternidade, s.d.; Ministério da Saúde, 2017).
Promover o alívio da dor (Ataíde*, et al.,* 2016; Ministério da Saúde, 2017).
Minimizar as cólicas (Maternidade, s.d.).
Proporcionar relaxamento muscular (Ataíde*, et al.,* 2016; Maternidade, s.d.).
Proporcionar sensação de tranquilidade e segurança (Ataíde*, et al.,*2016; Maternidade, s.d.).
Reduzir o stress e irritabilidade (Ataíde*, et al.,* 2016; Maternidade, s.d.).
Ativar a circulação sanguínea, prevenindo a hemóstase (Ataíde*, et al.,* 2016; Ministério da Saúde, 2017).
Ajudar a regular os ciclos de sono (Ministério da Saúde, 2017).
Ajudar na adaptação à vida extrauterina (Maternidade, s.d.).
Promover a organização sensorial e neuro-comportamental (aprendizagem, memória e preservação da plasticidade cerebral) (Ataíde*, et al.,* 2016; Ministério da Saúde, 2017).
Favorecer o ganho de peso do/a RN pré-termo (Ataíde*, et al.,* 2016).

ORIENTAÇÃO PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os benefícios do procedimento para o/a RN, designadamente que:

- Os efeitos fisiológicos da imersão do/a RN em água aquecida produzem, principalmente, alívio da dor e relaxamento muscular, por meio da diminuição da sensibilidade das terminações nervosas e aumento da circulação periférica, provendo maior suprimento sanguíneo aos

músculos, aumento da capacidade vital, sensação de bem-estar e redução do cortisol, hormona diretamente envolvida na resposta ao stress (Ataíde*, et al.,* 2016).

- O banho de imersão no balde é também um momento de aproximação entre o/a RN e a sua família e que fomenta a criação de laços, estando inserido no paradigma de cuidados humanizados à criança, à mãe e à família, respeitando as suas características e individualidades (Ataíde*, et al.,* 2016; AWHONN, s.d.).
- O banho de imersão no balde deve ser realizado em RN´s que se encontrem clinicamente estáveis, apiréticos, com saturação periférica de oxigénio superior a 90% e sem acessos venosos (Ministério da Saúde, 2017).
- A realização deste procedimento é contraindicada caso o/a RN apresente febre, ferida aberta, erupção cutânea contagiosa, doença infeciosa, doença cardiovascular grave, história de convulsões não controladas, presença de acesso venoso periférico, hipotensão ou hipertensão grave ou peso inferior a 1.250kg. Esta contraindicação relativamente ao peso, deve-se ao facto da fragilidade dos tegumentos do/a RN eleva o risco de instabilidade térmica, aumenta as necessidades hídricas, provoca maior absorção transepidérmica de substâncias aplicadas sobre a pele, maior colonização e infeção (Ataíde*, et al.,* 2016).
- Antes da realização do procedimento, é necessário assegurar o controlo do ambiente no que respeita ao ruído, temperatura e luminosidade ideais para o conforto do/a RN (Ataíde*, et al.,* 2016).
- O ambiente deve ser silencioso e calmo. A presença de ruídos excessivos causa irritabilidade e choro no/a RN, levando à instabilidade das funções fisiológicas como o aumento da pressão arterial (Ataíde*, et al.,* 2016).
- A iluminação ambiente deve ser mínima. No/a RN pré-termo, o excesso de luminosidade pode causar aumento da atividade motora, taquicardia, privação e interferência na consolidação do sono (Ataíde*, et al.,* 2016).
- A temperatura ambiente deve ser mantida em neutralidade térmica, aproximadamente 22ºC, sem presença de correntes de ar, de forma a manter a temperatura do/a RN. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece, como faixa de normalidade da temperatura axilar do/a RN, entre 36,5 e 37°C (Ataíde*, et al.,* 2016; Bryanton, Walsh & Gaudet, 2004).
- A água na qual o/a RN será imerso/a deve apresentar uma temperatura de aproximadamente 37ºC. Como a área da superfície da água no balde é reduzida, permite que a sua temperatura seja mentida durante mais tempo, arrefecendo menos. O controlo da temperatura é um aspeto muito importante no/a RN, uma vez que apesar de já possuir ao nascimento habilidade para controlar o fluxo sanguíneo da pele, o/a RN apresenta inabilidade para manter a sua temperatura corporal. Desta forma, as condições adequadas da temperatura, são essenciais para o sucesso do procedimento e minimizar possíveis intercorrências (Ataíde*, et al.,* 2016).

- Antes e depois de cada utilização, deve ser realizada e higienização do balde com água e sabão. Em contexto hospitalar, deve ainda ser devidamente desinfetado (Ataíde*, et al.,* 2016; Silva, *et al*., 2017).
- Em contexto hospitalar, para a utilização do balde, este deve conter um forro de plástico no espaço interno para proteger devidamente os RN´s (Silva, *et al*., 2017).
- Durante o procedimento, o/a RN é posicionado/a de frente para quem está a executar o banho, de maneira a favorecer a observação da sua face e assim ir vigiando a ocorrência de critérios de interrupção do procedimento, caso necessário (Ataíde*, et al.,* 2016).
- Sinais importantes a avaliar: frequência cardíaca e respiratória, cor da pele, funções digestivas, tónus muscular e sinais de *stress* como: palidez, cianose perioral, bradicardia, respiração irregular, apneia, vómitos, engasgamento, soluços, tremores, susto, choramingo ou irritabilidade e choro (Ataíde*, et al.,* 2016).
- O banho de imersão deve ser interrompido perante qualquer sinal de desconforto e/ou instabilidade clínica do/a RN, como ocorrência de cianose, vómitos, engasgamento, respiração irregular, choro acentuado e/ou se o/a RN evacuar (Ataíde*, et al.,* 2016).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Termómetros: termómetro de avaliação da temperatura corporal; Termómetro de avaliação da temperatura da água (Ministério da Saúde, 2017).	Termómetros distintos devem ser utilizados para a monitorização da temperatura corporal do/a RN, do ambiente e da água, sendo recomendada a avaliação da temperatura corporal do/a RN pré-termo antes, durante e após o procedimento (Ataíde*, et al.,* 2016).
Luvas descartáveis.	Durante a realização do procedimento, o profissional de saúde deve utilizar luvas como equipamento de proteção individual (EPI), para evitar o contato com as secreções do/a RN (Ataíde*, et al.,* 2016; Maternidade, s.d.).
Balde plástico (Ministério da Saúde, 2017). Balde de Plástico. Fonte: https://www.alobebe.com.br/ofuro-para-bebe--3046.html,7917?o=7896502923915	Balde de plástico, transparente, com capacidade para 9 litros para a imersão do/a RN. Idealmente o balde deve ser transparente para assegurar a completa visualização do/a RN e aumentar a segurança do procedimento. O balde deve estar limpo e desinfetado, antes do uso, intacto, sem fissuras ou danos e deve

	ser utilizado apenas para esse fim (Ataíde*, et al.,* 2016; Maternidade, s.d.).
Água aquecida (+/- 37ºC).	Promove o conforto do/a RN. Previne acidentes. (Costa, 2006; Maternidade, s.d.; Ministério da Saúde, 2017; Silva, *et al*., 2017).
Banco de apoio.	Previne acidentes estabilizando a base do balde. Colocar o balde à altura da cintura do/a promotor/a do banho promove a ergonomia correta do/a promotora do banho.
Lençol ou fralda de pano.	Lençol ou fralda de pano limpo e seco para a contenção em padrão flexor do/a RN no balde (Ataíde*, et al.,* 2016; Ministério da Saúde, 2017).
Compressas esterilizadas embebidas em Soro Fisiológico morno (ou água fervida morna). .	Compressas para a higienização do rosto (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
Toalha.	Toalha macia limpa e seca para a secagem do/a RN após se retirado do balde (Ataíde*, et al.,* 2016; Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
Roupa do/a RN.	Promove o conforto do/a RN (Costa, 2006).
Fralda descartável (ou fralda de pano mais cueca impermeável).	Promove a higiene e conforto do/a RN (Costa, 2006).

EXECUTAR BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A NO BALDE	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Certifique-se da identidade do lactente;	1. Previne erros.
2. Apresente-se e explique o procedimento à mãe/pai/pessoa significativa, incluindo os seus objetivos e benefícios e solicitar o seu consentimento e colaboração para a realização do mesmo.	2. Reduz a ansiedade da mãe/pai/cuidador e família e permite que seja assegurado o direito de receber uma informação adaptada, promovendo a avaliação fidedigna (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).

3. Verifique as condições ambientais adequadas: ruído, temperatura, luminosidade. Assegure-se de que não existem correntes de ar e feche a porta da divisão onde irá realizar o procedimento se possível.	3. Promove o conforto dos intervenientes (Ataíde*, et al.,* 2016; Awhonn, s.d.; Costa, 2006).
4. Realize a higienização das mãos.	4. Previne a transmissão cruzada de microrganismos (Awhonn, s.d.; Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
5. Prepare o material necessário e coloque-o ao seu alcance.	5. Economiza tempo, organizando os cuidados. Preserva o material e previne a transmissão cruzada de microrganismos (AWHONN, s.d.; Costa, 2006).
6. Coloque a água aquecida no balde misturando-a para que não haja pontos quentes e pouse-o sobre uma superfície rígida, plana e segura (ex: um banco de apoio).	6. Previne acidentes (Ataíde*, et al.,* 2016; AWHONN, s.d.; Freitas, Munhoz, Costa & Kimura, 2018; Maternidade, s.d.; Ruschel, Pedrini & Cunha, 2018; Silva, *et al*., 2017).
7. Realize a higienização das mãos.	7. Previne a transmissão cruzada de microrganismos (Costa, 2006; Maternidade,s.d.).
8. Calce as luvas descartáveis.	8. Previne a transmissão cruzada de microrganismos (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
9. Realize a contenção do/a RN com a seguinte sequência de procedimentos: • Dispa o/a RN e remova a fralda limpando a região perineal caso haja presença de urina e/ou fezes (Costa, 2006). • Contenha o/a RN em padrão flexor, através do seu envolvimento com um lençol ou fralda de pano até à altura dos ombros, deixando a face livre (Ver Figura). • Garanta que a contenção não fica demasiado apertada a fim de evitar desconforto ou asfixia.	9. A imersão em água aquecida, juntamente com a contenção em padrão flexor, parece reduzir a desorganização neuro-psicomotora, melhorar o conforto, minimizar o stress e o gasto energético, simular o ambiente uterino e promover segurança ao/à RN, proporcionar relaxamento e favorecer a capacidade de interação com o ambiente (Ataíde*, et al.,* 2016).

Contenção do/a RN com fralda em padrão flexor
Fonte: https://www.researchgate.net/publication/308794794_Ofuro_em_recem-nascidos_pre-termo_de_baixo_peso_relato_de_experiencia_Hot_tub_in_low_birth_weight_preterm_newborn_infants_an_experience_report

Nota: A contenção pode ser considerada opcional tendo em conta as necessidades do(a) RN.

10. Limpe a face, olhos, boca e pavilhões auriculares do/a RN com as compressas humedecidas, da zona mais limpa para a zona mais suja, utilizando uma compressa para cada passagem	10. Proporciona higiene e conforto. Previne a contaminação dos olhos (AWHONN, s.d.; Costa, 2006; Cunha, 2013).
11. Verifique o volume (cerca de 6 litros) e a temperatura da água com um termómetro de banho (+/- 37ºC) ou teste-a na parte interna do seu pulso ou cotovelo.	11. Assegura as condições adequadas ao banho do/a RN e previne acidentes (Ataíde*, et al.,* 2016); AWHONN, s.d.; Costa, 2006); Maternidade, s.d.; Ministério da Saúde, 2017; Silva, *et al*., 2017).
12. Proceda à Imersão do/a RN no balde: • Coloque o/a RN lentamente no balde, em postura vertical, com os pés para baixo, de frente para o a pessoa que está a realizar o procedimento, até que a água esteja na altura das suas clavículas. • Segure o/a RN, posicionando uma das suas mãos (mão não dominante) na	12. Promove a segurança e conforto do/a RN. (Ataíde*, et al.,* 2016); AWHONN, s.d.; Maternidade, s.d.; Silva, *et al*., 2017).

região cervical e a outra (mão dominante) na sacral, de modo seguro, encaixando-o/a no fundo do balde, como se o/a RN estivesse sentado/a (Ver Figuras).	

Imersão do/a RN no balde
Fonte: https://www.researchgate.net/publication/308794794_Ofuro_em_recem-nascidos_pre-termo_de_baixo_peso_relato_de_experiencia_Hot_tub_in_low_birth_weight_preterm_newborn_infants_an_experience_report

Imersão do/a RN no balde
Fonte: https://www.researchgate.net/publication/308794794_Ofuro_em_recem-nascidos_pre-termo_de_baixo_peso_relato_de_experiencia_Hot_tub_in_low_birth_weight_preterm_newborn_infants_an_experience_report

13. Remova o/a RN do balde: • Solte e retire lenta e cuidadosamente a fralda de pano contentora, ainda com o/a RN dentro do balde • Vire o/a RN, apoiando o seu pescoço e sua cabeça, de maneira que ele/ela	13. Previne acidentes. Promove o conforto do/a RN (Ataíde*, et al.,* 2016; Maternidade, s.d.; Ministério da Saúde, 2017).

permaneça de costas para a pessoa que realiza o procedimento. • Apoie o/a RN com uma das mãos (a não dominante) na parte ventral, fixando o pescoço, a região anterior do tórax e uma das axilas, e com a outra mão (a dominante) nas nádegas, segurar no/a RN e retire-o/a do balde. • A remoção do/a RN deve ser realizada de forma lenta e subtil.	
14. Seque o/a RN: • Embrulhe o/a RN numa toalha e seque cuidadosamente sem esfregar ou friccionar.	14. Promove o conforto do/a RN. Previne a hipotermia do/a RN (Ataíde*, et al.,* 2016; AWHONN, s.d.; Maternidade, s.d.; Silva, *et al*., 2017).
15. Coloque a fralda e vista o/a RN.	15. Promove o conforto do/a RN. Previne a hipotermia do/a RN (AWHONN, s.d.; Costa, 2006; Silva, *et al*., 2017).
16. Aconchegue o/a RN contendo-o/a na postura flexora, para que fique aconchegado junto ao peito da mãe/pai/pessoa significativa durante aproximadamente 10 minutos em ambiente silencioso, com luminosidade reduzida e temperatura neutra (Ver Figura).	16. Manter o/a RN contido e junto à mãe, pai ou pessoa significativa permite reduzir significativamente a perda de calor por evaporação e, consequentemente, a hipotermia. Este procedimento atua na redução do stress da transição do ambiente aquático e favorece a proximidade do/a RN à mãe, ao pai ou pessoa significativa, prolongando a sensação de bem-estar, segurança e acolhimento (Ataíde*, et al.,* 2016; Silva, *et al*., 2017).
17. Desperdice a água utilizada e reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	17. Promove a higienização do material utilizado. Promove a arrumação (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
18. Realize a higiene das mãos.	18. Previne a transmissão cruzada de microrganismos (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).
19. Realize os registos de enfermagem e documente os resultados do procedimento	19. Promove o documentar adequadamente a avaliação realizada. Promove a

executado: data e hora da realização, nome do executante, ensinos realizados, reação e tolerância do/a RN ao procedimento e intercorrências.	classificação para a prática de enfermagem (Costa, 2006; Maternidade, s.d.).

Remoção do/a RN do balde
Fonte: https://www.researchgate.net/publication/308794794_Ofuro_em_recem-nascidos_pre-termo_de_baixo_peso_relato_de_experiencia_Hot_tub_in_low_birth_weight_preterm_newborn_infants_an_experience_report

REFERÊNCIAS:

Ataíde, V.P., Barbosa, J.S.V., Carvalho, M.G.S., Neves, S.M.S.G., Sanchez, F.F., & Gonçalves, R.L. (2016). Hot tub in low birth weight preterm newborn infants: an experience report. *Assobrafir Ciência, 7(2), 13-22.* Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/308794794_Ofuro_em_recem-nascidos_pre-termo_de_baixo_peso_relato_de_experiencia_Hot_tub_in_low_birth_weight_preterm_newborn_infants_an_experience_report

AWHONN. (n.d.). *Bath-Time Basics for Baby*. Obtido de: https://www.health4mom.org/wp-content/uploads/2015/06/Bathing-Baby_parent-pages-2015.pdf

Bryanton, J., Walsh, D., Barrett, M., & Gaudet, D. (2004). Tub Bathing Versus Traditional Sponge Bathing for the Newborn. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 33(6), 1-5.* doi: 10.1177/0884217504270651. Obtido de:

https://www.researchgate.net/publication/8165014_Tub_Bathing_Versus_Traditional_Sponge_Bathing_for_the_Newborn

Cunha, A.L. (2013). Práticas Culturais do Primeiro Banho do Recém-nascido em Alojamento Conjunto: Contribuições da Enfermagem Neonatal. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Biblioteca Virtual em Saúde. s.n.(10),104pp*. Obtido de: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727975

Freitas, P., Munhoz, M.M.B., Costa, P., Kimura, A.F. (2018). Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. *Texto Contexto Enfermagem 27(1),e0580016*. Obtido de: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e0580016.pdf

Maternidade Escola da UFRJ - Divisão de Enfermagem. (s.d.). *Procedimento Operacional Padrão: Banho de Ofurô para Recém-nascidos*. Obtido de: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_20_ofuro.pdf

Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico.* Obtido de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf

Ruschel, L.M., Pedrini, D.B., Cunha, M.L.C. (2018). Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem 39:20170263*. Obtido de: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20170263.pdf

Silva, H.A., Silva, K.C., Reco, M.O., Costa, A.S., Marangoni, D.A.S., & Merey, L.S.F. (2017). Efeitos fisiológicos da hidroterapia em balde em recém-nascidos prematuros. *Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, *28(3), 309-315*. doi: 10.11606/issn.2238-6149. Obtido de: file:///C:/Users/gomes/AppData/Local/Temp/136699-Texto%20do%20artigo-283236-1-10-20180208.pdf

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 10. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE O BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

O banho do/a recém-nascido/a consiste na lavagem da superfície corporal, de forma a satisfazer as suas necessidades de higiene e conforto e de prevenir infeções cutâneas.

OBJETIVOS:

Promover a higiene e proteção dos tegumentos (pele, pelos, unhas).

Proporcionar conforto e bem-estar.

Ativar a circulação sanguínea.

Prevenir infeções cutâneas.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Verificar as condições ambientais (temperatura, ventilação e iluminação).
- Compilar todo o material necessário para o procedimento.
- Certificar que a roupa que tem vestida está em boas condições de higienização/de que colocou uma bata ou avental limpo.
- Higienizar as mãos.

Durante o procedimento:

- Confirmar de que o/a RN está bem seguro/a.
- Confirmar de que o/a RN não aspira água.

Após o procedimento:

- Confirmar de que o/a RN fica em situação e posicionamento seguro.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Banheira com água a +/- 37ºC.

Sabão dermoprotetor.

Termómetro para água.

Roupa do/a RN (arrumado pela ordem de vestir).

Fralda descartável (ou fralda de pano mais alfinete-de-ama, mais cueca impermeável).

Toalha.

Compressas esterilizadas embebidas em Soro Fisiológico morno (ou água fervida morna).

Creme ou leite hidratante hipoalergénico.

Creme dermoprotetor.

Taça/Saco para sujos.

Luvas descartáveis.

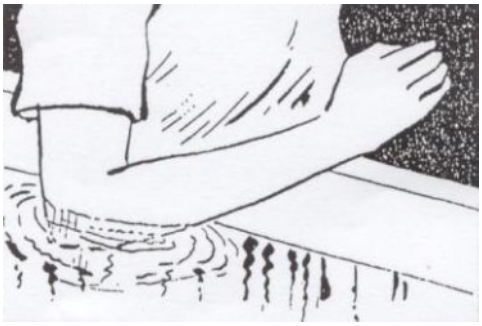
ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE O BANHO DO/A RECÉM-NASCIDO/A	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Apresente-se à mãe, pai ou pessoa significativa.	1. Informar e promover a relação com à mãe, pai ou pessoa significativa.
2. Explique à mãe, pai ou pessoa significativa a sua atenção e colaboração para o procedimento.	2. Obter a atenção e colaboração da mãe, pai ou pessoa significativa para a aquisição de conhecimentos sobre o procedimento.
3. Higienize as mãos e calce luvas descartáveis.	3. Prevenir infeção cruzada (nosocomial).
4. Pegue no/a recém-nascido/a, apoiando com a sua mão não dominante a cabeça e tronco e a sua mão dominante ou antebraço deve segurar a zona dos glúteos.	4. Proporcionar conforto e segurança do/a recém-nascido/a.
5. Dispa o/a RN (mantendo a fralda) e envolva-o/a na toalha.	5. Facilitar o procedimento. Prevenir o arrefecimento do/a RN. Promover o conforto do/a RN.
6. Lave os olhos do/a RN com compressas embebidas em Soro Fisiológico morno (em banho-maria) ou água fervida morna, da zona mais limpa para a menos limpa (utilize uma compressa por cada passagem, repetindo o número de vezes necessário.	6. Prevenir contaminação/propagação de possível infeção.

Fonte: (Costa, F.,2006).

7. Lave a face utilizando as compressas humedecidas e tendo atenção com as narinas e os pavilhões auriculares, (se necessário utilize uma ponta da compressa bem escorrida nas zonas mais exteriores). Certifique-se que a face fica bem seca e que colocou as compressas utilizadas numa taça/saco.	7. Proporcionar higiene e conforto.

Fonte: (Costa, F.,2006).

8. Verifique a temperatura da água com termómetro ou em alternativa com o seu cotovelo o parte anterior do punho.	8. Prevenir acidentes.



Fonte: (Costa, F.,2006).

9. Destape a cabeça do/a RN, mantendo-o/a envolvido na toalha, segure-o/a com o braço não dominante, colocando a mão por baixo da nuca. Inicie a lavagem da cabeça molhando e ensaboando com a mão dominante. Enxague e seque com a toalha.	9. Evitar o arrefecimento do/a RN prevenindo a hiperextensão da cabeça e promovendo a correta realização do procedimento.
10. Remova a fralda e limpe o/a RN, se houver presença de urina e/ou fezes.	10. Promover a limpeza do/a RN e previne a contaminação da água do banho.
11. Destape o/a RN e coloque a mão não dominante atrás das suas costas sustendo o ombro e tórax do/a RN. Com a outra mão, a dominante, segure-lhe nas pernas e nádegas erga-o/a e coloque-o/a dentro da banheira.	11. Prevenir acidentes e proporciona a segurança do/a RN.
15. Apoie a parte posterior da cabeça, os ombros e braço do/a RN no seu antebraço não dominante segurando-o/a com a sua mão, não dominante, por baixo da axila.	12. Prevenir acidentes e facilitar o procedimento.

Fonte: (Costa, F.,2006).

14. Inicie o banho pela cabeça molhe, ensaboe a sua mão dominante, passe-a pela cabeça do/a RN com movimentos suaves e circulares. Enxague fazendo movimentos de frente para trás, protegendo a face e os ouvidos.	14. Promover a limpeza da pele e tegumentos do/a RN.

Fonte: (Costa, F.,2006).

Fonte: https://revistacrescer.globo.com/VOCE-E-A-MELHOR-MAE/noticia/2015/03/dicas-para-o-banho-do-recem-nascido.html

15. Ensaboe a sua mão dominante e lave com movimentos suaves e circulares o pescoço, membros superiores, axilas, tórax anterior, genitais e membros inferiores.	15. Promove a limpeza dos tegumentos.
16. Vire o/a recém-nascido/a com a ajuda da sua mão dominante, colocando-o com a face lateralizada, com o tórax anterior apoiado no seu braço, e com a sua mão não dominante segure-o por baixo da axila, expondo a região dorsal.	16. Garante a continuidade do procedimento.

Fonte: https://www.portalenf.com/2017/06/cuidados-enfermagem-ao-recem-nascido/

17. Retire o/a recém-nascido/a do banho e coloque-o/a em decúbito dorsal, sobre a toalha aberta, seque a pele com movimentos compressivos e suaves, sem esfregar. Tenha atenção às pregas cutâneas, axilas e espaços interdigitais.	17.Promover o conforto. Prevenir eritema/fissuras das pregas cutâneas, axilas e espaços interdigitais.

Fonte: (Costa, F.,2006).

18. Coloque a solução hidratante nas suas mãos esfregando uma na outra e massaje com movimentos suaves e circulares em todo o corpo do/a recém-nascido/a.	18. Promover o conforto, a hidratação da pele do/a recém-nascido/a e a estimulação da circulação sanguínea.
19. Coloque a fralda aberta por baixo dos glúteos do/a recém-nascido/a e aplique uma camada de creme dermoprotetor nas regiões: inguinal, genital e anal.	19. Promover o conforto e manutenção da integridade cutânea.

20. Feche a fralda dobrando a sua parte superior da frente de forma a expor o coto umbilical. Siga as orientações das Normas de Procedimentos de Enfermagem: • Executar ensino à mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com o coto umbilical. • Executar o vestir e despir o/a recém-nascido/a.	20. Permitir exposição e observação do coto umbilical. Facilitar os cuidados com o coto umbilical.
 Fonte: (Costa, F.,2006).	
21. Reúna e acondicione adequadamente as roupas e os utensílios utilizados.	21. Promover a arrumação. Prevenir acidentes. Cumprir as normas de segurança de resíduos.
22. Lave higienicamente as mãos.	22. Prevenir infeção.
23. Registe e documente os resultados.	23. Confirmar e fundamentar o procedimento.

REFERÊNCIAS:

Bartels.N.G., Scheufele R.P.F, Prosch, F., Schink T., Proquitte H., Wauer R.R., *et al*. (2010). Effect of Standardized Skin Care Regimens on Neonatal Skin Barrier Function in Different Body Areas. *Pediatric Dermatology, 27(1)jan/feb,1-8.* Obtido de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2158038/mod_resource/content/2/Enviado%20por%20Mily.pdf

Carvalho, V.O., Markus, J.R., Abagge, K.T., Giraldi, S. & Campos, T.B. (s.d.). *Consenso de Cuidadod com a Pele do Recém-nascido*. Sociedade Brasileira de Pediatria com o apoio institucional de Johnson e Johnson. Obtido de: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf

Molly, J. N., Davis, D.M.R., Carey W.A.C. (2012). Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology. 52(1)14-22*. Obtido de: https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05687.x

Edição atualizada e revista de:

Costa, F. (2006). *Norma de Procedimento de Enfermagem: Dar banho ao recém-nascido*. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul.: Técnicas de Enfermagem (Vol.II, pp. 17-23). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 11. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE CUIDADOS AO COTO UMBILICAL

Ana Rita Ramalho, Fernanda Gomes da Costa Marques, Vanessa Oliveira & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

O cordão umbilical constitui-se como um anexo que assegura o desenvolvimento fetal, permitindo a comunicação entre o feto e a placenta materna que garante as trocas gasosas e o aporte de nutrientes da mãe para o feto, assim como a eliminação dos resíduos fetais. Após o nascimento, o cordão é clampado e seccionado, passando a designar-se de coto umbilical e tornando o/a recém-nascido/a (RN) um ser independente. O coto umbilical é alvo de um processo de desidratação e mumificação, que culmina no seu desprendimento da parede abdominal e posterior cicatrização da ferida remanescente (Barbosa, Moreira, & Ferreira, 2017; Miranda, *et al.,* 2016; Quattrin, *et al.*, 2016; Al-Shehri, 2019; Correia & Pires, 2016).

O processo de cicatrização do coto umbilical engloba duas fases. Na primeira fase o coto umbilical apresenta-se gelatinoso, de coloração branca azulada, húmido e brilhante e verifica-se nas primeiras horas de vida do RN. A segunda fase inicia-se logo após o nascimento e a partir do segundo dia de vida e caracteriza-se pela secagem e coloração escura do coto referente ao processo de desidratação e mumificação do mesmo. O processo de mumificação do coto ocorre habitualmente entre o 3º e o 4º dia de vida e o seu desprendimento da parede abdominal ocorre normalmente do 4º ao 8º dia de vida, podendo estender-se até 14 ou 15 dias (Miranda, *et al*., 2016; Schmuke & Lovan-Gold, 2018; Correia & Pires, 2016).

OBJETIVOS:

Promover a desidratação, mumificação e queda do coto umbilical;

Reduzir a morbimortalidade do/a recém-nascido/a devido a agentes patogénicos;

Prevenir a infeção do coto umbilical (Onfalite[2]);

Informar a mãe (puérpera)/pai/pessoa significativa como proceder aquando do cuidar do coto umbilical do/a recém-nascido/a.

[2] A onfalite é definida como a infeção do coto umbilical e/ou dos tecidos circundantes que ocorre principalmente aos três dias de vida (Al-Shehri, 2019). É caracterizada pela presença de secreções purulentas na base do coto, eritema, rubor e edema. Apresenta uma taxa de mortalidade elevada se não corretamente tratada. O início dos sintomas geralmente é observado entre o quinto e o nono dia de vida (Gras-Le Guen, *et al.,* 2017; Miranda, *et al*., 2016; Quattrin, *et al.*, 2016).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

O tipo de assistência de saúde, as condições sanitárias, as variações culturais na prática dos cuidados, o local de parto (casa ou hospital), influenciam diretamente os cuidados prestados ao coto umbilical do RN e, consequentemente, a incidência de onfalite (Leante Castellanos, *et al*., 2019; Stewart & Benitz, 2016).

Nos países desenvolvidos a OMS enfatiza a importância da higienização, recomendando os cuidados secos, ou seja, manter-se o coto limpo e seco, sem aplicação de agentes tópicos (Leante Castellanos, *et al*., 2019; Lyngdoh, *et al*., 2018). A limpeza e secagem devem ser realizadas diariamente durante e após o banho e sempre que o coto umbilical se apresentar sujo. A fralda deve ser dobrada abaixo do coto umbilical, mantendo-o exposto. A Academia Americana de Pediatria e a Associação Alemã de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos também suportam estas recomendações (Al-Shehri, 2019; Leante Castellanos, *et al*., 2019; Schmuke & Lovan-Gold, 2018; Gras-Le Guen, *et al.,* 2017; Correia & Pires, 2016; Quattrin, *et al*., 2016; Stewart & Benitz, 2016).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Taça com água morna.

Sabão neutro comum.

Compressas esterilizadas.

Toalha.

Cuvete.

ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA CUIDADOS AO COTO UMBILICAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Identifique a puérpera e o/a RN;	1. Evitar erros.
2. Verifique no Processo/Plano de Cuidados do/a RN se existe alguma indicação correlacionada com a identificação de alterações morfológicas do coto umbilical;	2. Evitar erros. Promover o conhecimento da pessoa/cliente
3. Higienize as mãos.	3. Prevenir infeção. O reforço da importância da adoção de medidas de higiene, como um dos cuidados básicos promotores da redução de exposição do coto umbilical a agentes

	patogénicos, incluem medidas simples como a lavagem adequada das mãos antes e depois do contato com o/a RN (Schub & Pilgrim, 2017).
4. Utilize o equipamento de proteção individual (EPI) adequado à situação;	4. Prevenir a infeção.
5. Estabeleça a privacidade fechando a porta e/ou a cortina da unidade da puérpera/RN;	5. Promover a privacidade da pessoa/cliente.
6. Apresente-se à mãe/pai/pessoa significativa, se presentes e explique qual o seu papel clínico;	6. Promover a relação terapêutica.
7. Avalie a capacidade da mãe/pai/pessoa significativa quanto às dificuldades e ansiedade correlacionada com os cuidados ao coto umbilical; Determine se a família requer considerações especiais em relação à comunicação (ex: analfabetismo, surdez, barreira linguística…) e tome providências para atender a estas necessidades (ex: usar interpretes certificados, pessoalmente ou por telefone – via embaixada, no caso das barreiras linguísticas).	7. Adequar os cuidados à especificidade da pessoa/cliente.
8. Explique à mãe/pai/pessoa significativa o procedimento, no que consiste e qual a sua finalidade, (respondendo a quaisquer perguntas e estabelecer uma relação terapêutica conforme o necessário);	8. Obter a colaboração e consentimento. Reduzir a ansiedade. Promover a relação terapêutica.
9. Forneça informações à mãe/pai/pessoa significativa, conforme considere necessário, sobre o período de tempo típico que o coto umbilical permanecerá, em que situações deve notificar o/a enfermeiro/a e/ou o/a médico/a (ex: em caso de vermelhidão, inchaço ou dureza abdominal ao redor da base de inserção do coto umbilical, odor fétido…); Alerte para a não utilização de substâncias caseiras, muitas vezes cultural e	9. Promover a informação. Promover a colaboração e consentimento para o procedimento. Reduzir a ansiedade. Promover a relação terapêutica. Garantir o uso da técnica adequada nos cuidados ao coto umbilical após a alta.

tradicionalmente aceites, mas que não têm qualquer fundamento ou evidência científica para o seu uso (Lyngdoh, *et al*., 2018; Correia & Pires, 2016; Miranda, *et al*., 2016).	
10. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a realizar uma inspeção ao cordão umbilical e à pele abdominal ao seu redor.	10. Identificar precocemente sinais inflamatórios. 24 horas após o nascimento (o cordão deve estar seco ou começar a secar), observe a cor e a aparência do cordão e a presença de odor ou exsudado, sendo importante ter em conta que a deterioração normal do coto pode produzir um odor leve e um corrimento semelhante a muco na junção do coto com o abdómen (é importante distinguir estas situações, da secreção purulenta e do odor desagradável, que geralmente ocorre perante uma infeção) (Schub & Pilgrim, 2017).
11. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a usar compressas e a proceda segundo um destes métodos: Água morna, limpa, com sabão neutro comum (método recomendado para a generalidade dos RN's) (Ribeiro & Brandão, 2011); Água morna, limpa, com sabão antimicrobiano (quando esta indicação faz parte do protocolo do serviço ou por indicação/prescrição médica); Solução antimicrobiana (quando esta indicação faz parte do protocolo do serviço ou por indicação/prescrição médica);	11. Seguir o protocolo do serviço (se em internamento hospitalar). Alguns serviços os protocolos determinam a limpeza inicial com um agente antimicrobiano e a limpeza subsequente com água e sabão (Schub & Pilgrim, 2017). Seguir orientação médica/pediatra.
12. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a afastar o coto gentilmente do abdómen, usando uma compressa.	12. Assegurar o procedimento. Prevenir infeção (Schub & Pilgrim, 2017);
13. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a limpar suavemente a pele do abdómen junto à inserção do coto umbilical, abrangendo um raio de 2 a 3 cm (usar as compressas que considerar necessárias).	13. Promover a lavagem da zona. Remover possíveis secreções. Prevenir a infeção (Schub & Pilgrim, 2017).

14. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a secar bem o coto umbilical, deixando-o ao ar ou cobrindo-o com roupas largas.	14. Promover a desidratação, mumificação e queda do coto umbilical (Luís, *et al,* 2014; Pires, 2016; Schub & Pilgrim, 2017). A borda superior da fralda deve ser dobrada para fora de forma a que fique abaixo da inserção do coto umbilical. Desta forma, promove-se que o coto umbilical fique fora da mesma e previne-se que o mesmo entre em contato com urina ou matéria fecal (Schub & Pilgrim, 2017).
15. Adaptado de https://www.pinterest.pt/pin/675047431624219501/	
15. Refira à mãe/pai/pessoa significativa que deve repetir estes cuidados em intervalos adequados e em concordância com a situação de mumificação do coto umbilical, designadamente: após o banho, após a amamentação, aquando da mudança da fralda, se ficar sujo de urina e/ou fezes, se a descarga normal ou infeciosa seja visível e se encontra acumulada ao redor da base do coto (Kelley, George & Angst, 2004; Schub & Pilgrim, 2017).	15. Promover a continuidade dos cuidados. Promover a higiene e o conforto.
16. Alerte a mãe/pai/pessoa significativa que deve se certificar, após o procedimento, se o/a recém-nascido/a está confortável.	16. Promover o conforto.
17. Questione a mãe/pai/pessoa significativa que está a aprender o procedimento se tem dúvidas.	17. Evitar erros.
18. Ensine mãe/pai/pessoa significativa a usar	18. Promover a arrumação.

os recetores adequados para colocar os utensílios descartáveis usados.	Prevenir contaminação Cumprir as normas de separação de resíduos.
19. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância da higienização das mãos após todo o procedimento.	19. Prevenir a infeção. Evitar a infeção nosocomial.
20. Registe o procedimento com as seguintes informações: data e hora do ensino realizado e a quem (mãe/pai/pessoa significativa), método usado no cuidar do coto umbilical, as características do coto umbilical, nomeadamente a sua aparência e da pele do abdómem junto à base de inserção do coto, presença de exsudado ou odor, sinais e sintomas que levantam suspeita de infeção (se aplicável, incluir sinais vitais e qual a resposta do/a recém-nascido/a aos cuidados prestados, evidenciando qualquer situação ou resultado inesperado, intervenções realizadas e se foi ou não notificado o/a pediatra), ensinos realizados aos pais/pessoa significativa incluindo os assuntos abordados e a resposta destas pessoas às instruções fornecidas/discutidas (o plano de educação continuado e detalhes sobre quaisquer barreiras à comunicação e/ou técnicas que promoveram uma educação bem sucedida) (Schub & Pilgrim, 2017).	20. Promover a continuidade dos cuidados. Confirmar o procedimento. Identificar quem o executou.

Evolução da mumificação do coto e cicatrização do umbigo

Fonte: https://maescomciencia.com/2017/10/16/guia-basico-de-cuidados-com-o-recem-nascido-em-casa/

REFERÊNCIAS:

Al-Shehri, H. (2019). The use of alcohol versus dry care for the umbilical cord in newborns: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies. *Cureus, 11(7), e5103*. Obtido de: https://www.cureus.com/articles/20594-the-use-of-alcohol-versus-dry-care-for-the-umbilical-cord-in-newborns-a-systematic-review-and-meta-analysis-of-randomized-and-non-randomized-studies

Barbosa, M., Moreira, S. & Ferreira, S. (2017). Desinfeção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 33(1), 41-47*. Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/320611333_Desinfecao_do_cordao_umbilical_revisao_baseada_na_evidencia

Correia, T., & Pires, C. (2016). Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras, 17, 29-33*. Obtido de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/p29_APEO-17-06-2016-Que-Tecnica-Usar-nos-Cuidados-ao-Cordao-Umbilical-do-Recem-Nascido.pdf

Gras-Le Guen, C., Caille, A., Launay, E., Boscher, C., Godon, N., Savagner, C., Descombes, E., Gremmo-Feger, G., Pladys, P., Saillant, D., Legrand, A., Caillon, J., Barbarot, S., Roze, J.C., & Giraudeau, B. (2017). Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical Cord Care: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics, 139(1), e20161857*. Obtido de:https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/1/e20161857.full.pdf

Kelley, E., George, J. Angst, D., Schweig, L. (2004). Does Umbilicalç Cord Care in Preterm Infants Influence Cord Bacterial Colonization or Detachment?. *Journal of Perinatology, 24(2),100-104*. Obtido de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14762447/

Leante Castellanos, J., Munuzuri, A.P., Campilloc, C., López, E.C., Fernández, I.B., Redondof, M.D., Graciag, S.R. & Luna, M.S. (2019). Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *Anales de Pediatría, 90(6), 401-405*. Obtido de: https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319300700

Luís, S.P.D.,Costa, M.G.F.A., Casteleiro, C.S.C. (2014). Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um estudo de revisão. *Millenium, 47(jun/dez),33-46*. Obtido de: https://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf

Lyngdoh, D., Kaur, S., Kumar, P., Gautam, V., & Ghai, S. (2018). Effect of topical application of human breast milk versus 4% chlorhexidine versus dry cord care on bacterial colonization and clinical outcomes of umbilical cord in preterm newborns. *Journal of Clinical Neonatology, 7(1),25-30*. Obtido de: https://www.jcnonweb.com/temp/JClinNeonatol7125-8276066_225920.pdf

Miranda, J.O., Santos, D.V., Camargo, C.L., Oliveira, D., Rosa, S., Sobrinho, C.L., & Mussi, F.C. (2016). Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE, 10(2), 821-829*. Obtido de: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11025/12411

Pires, C.S.M. (2016). *Cuidados ao coto umbilical do recém-nascido*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio Instituto Politécnico de Bragança / Instituto Politécnico de Viana do Castelo / Universidade de Trás os Montes e Alto Douro. Obtido de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf

Quattrin, R., Iacobucci, K., De Tina, A.L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferro, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care: A Case–Control Study in Italy. *Medicine, 95(14), 1-5*. Obtido de: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2016/04050/70__alcohol_versus_dry_cord_care_in_the_umbilical.25.aspx

Ribeiro, M. B., Brandão, N. M. N. (2011). A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, 4 (3): 54-59.* Obtido de: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3_v4n3..pdf

Schmuke, A.D., & Lovan-Gold, K. (2018). Current Practices and Cultural Variations in Umbilical Cord Care. *International Journal of Childbirth Education, 33*(2), 18-20. Obtido de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319165/

Schub, T. B., & Pilgrim, J. R. B. M. (2017). *Umbilical Cord Care: Performing*. *CINAHL Nursing Guide*. Obtido de: https://biblioteca.sagrado.edu/eds/detail?db=nup&an=T706803

Stewart, D., & Benitz, W. (2016). Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics, 138(3)*. Obtido de: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/3/e20162149.full.pdf

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F., Costa, F., Pereira, M. (2006). *Norma de Procedimento de Enfermagem: Executar cuidados ao coto umbilical*. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul.: Técnicas de Enfermagem (Vol.II, pp. 47-49). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 12. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA A VESTIR E DESPIR O/A RECÉM-NASCIDO/A

Fernanda Gomes da Costa Marques; Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

Consiste no procedimento de retirar a roupa e fralda ao/à RN e colocar fralda e roupas limpas.

OBJETIVOS:

Promover a higiene e proteção dos tegumentos;

Manter o/a RN higienizado/a e confortável;

Proporcionar conforto, aquecimento e bem-estar ao/à RN.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Verificar o processo clínico do/a RN para ter conhecimento de algum problema/alteração que possa impedir o procedimento ou limitar algum dos passos do mesmo.

Validar se as condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação, são as mais adequadas à execução do procedimento.

Verificar se a superfície selecionada para despir e/ou vestir o/a RN está à altura da cintura do/a executor/a do procedimento (ex: cómoda, vestidor ou outro).

Durante o procedimento:

Assegurar que não deixar o/a RN sozinho/a.

Proceder a estabelecimento de comunicação com o/a RN acariciando-o/a simultaneamente.

Após o procedimento:

Certificar se o/a RN ficou em posição confortável e segura.

Certificar se reuniu e acondicionou adequadamente o material utilizado.

Proceder ao registo do procedimento documentando os resultados que considerar relevantes para a continuidade dos cuidados ao RN.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Fralda descartável (ou de pano e alfinete de ama protegido); Roupa interior (body e calças ou camisas e calças); Cueiro, babygro ou conjunto 2 peças; Babete; Botinha (ou meias);	Casaco; Gorro; Luvas; Envolta ou xaile; Fralda de Pano; Material de higiene para mudança da fralda (toalhetes, creme e toalha); Luvas descartáveis.

ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA A VESTIR E DESPIR O/A RECÉM-NASCIDO/A	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância da preparação do ambiente (luz e temperatura).	1. Promover ambiente acolhedor. Evitar o arrefecimento do/a RN.
2. Apresente-se e explique o procedimento aos pais/pessoa significativa pedindo a sua colaboração.	2. Dar a conhecer-se. Obter a colaboração e consentimento para o procedimento. Reduz a ansiedade da mãe/pai/pessoa significativa.
3. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância da lavagem higiénica das mãos. Execute o procedimento para exemplificar os passos da lavagem das mãos. Promova que a mãe/pai/pessoa significativa proceda à lavagem das suas mãos sob a sua supervisão.	3. Prevenir a infeção. Promover condutas promotoras de saúde pública.

Explique à mãe/pai/pessoa significativa porque é que em ambiente hospitalar é importante o/a enfermeiro/a calçar luvas.	Prevenir infeção cruzada
4. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância de preparar a roupa do/a RN pela sequência da sua utilização.	4. Economizar tempo. Facilitar o procedimento.
5. Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância do aquecimento das mãos antes de tocar no/a RN. Ensine que o pode fazer esfregando uma mão sobre a outra).	5. Promover conforto do/a RN.
6. Explique todo o procedimento à mãe/pai/pessoa significativa.	6. Obter a colaboração e consentimento da mãe/pai/pessoa significativa. Diminuir a ansiedade da mãe/pai/pessoa significativa.
7. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que deve despir/retirar a roupa do RN de forma sequencial (no sentido crânio-caudal).	7. Facilitar o procedimento.
8. Explique á mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância de desapertar todas as molas possíveis e/ou botões da roupa exterior, com o/a RN em decúbito dorsal (virando-o/a se necessário).	8. Facilitar o procedimento. Evitar manipulações desnecessárias do/a recém-nascido/a. Evitar magoar o/a RN.
9. Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância de colocar um resguardo (pano ou descartável) por baixo do/a RN antes de proceder à retirada da fralda.	9. Facilitar o procedimento. Proteger a base em que o/a RN está posicionado/a Proporcionar conforto ao/à RN. Permitir a observação das caraterísticas da eliminação vesical e intestinal.
10. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que deve proceda à limpeza dos genitais do/a RN, (usando toalhete ou algodão com leite de limpeza ou água e sabonete de glicerina). Informando que nas meninas deve-se limpar sempre no sentido da vagina para a região anal com movimentos únicos, inutilizando o	10. Promover a visualização do períneo e avaliação da sua integridade. Promover a higiene e conforto. Prevenir a infeção.

toalhete/algodão usado. Informe que em caso dos meninos se deve limpar o pénis, fazendo ligeira retração do prepúcio (sem forçar), depois os testículos e por último a região glútea e anal.	
11. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que deve secar a pele do/a RN com uma toalha macia, sem esfregar.	11. Promover a integridade da pele. Promover o conforto.
12. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre a importância do/a RN usar um gorro.	12. Prevenir a perda de calor. Promover o conforto
13. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa como deve proceder para colocar a fralda, nomeadamente que deve segurar nos pés do/a RN, com a mão não dominante, elevando os seus membros inferiores e bacia aproveitando a posição para colocar a fralda limpa. Ensine também como deve proceder na aplicação de creme dermoprotetor e fixar a fralda.	13. Promover a higiene e conforto. Promover a integridade dos tegumentos (eritema da fralda).
14. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a apoiar a cabeça do/a RN com a mão não dominante e a despir a/s camisa/s interiores com a mão dominante.	14. Facilitar o procedimento. Promover o conforto do/a RN.
15. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a vestir os membros superiores do/a RN, introduzindo os três primeiros dedos da sua mão no interior da manga da camisa, com os quais, simultaneamente, irá segurar as mãos do/a RN alternadamente.	15. Facilitar o procedimento. Evitar manipulações desnecessárias. Prevenir acidentes. Prevenir o arrefecimento do/a RN.
16. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a vestir as calças interiores, (um membro de cada vez).	16. Facilitar o procedimento. Promover o conforto.
17. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a vestir o babygro, (roupa exterior) repetindo o procedimento efetuado para a roupa interior.	17. Evitar manipulações desnecessárias. Promover o conforto.
18. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa como deve virar o/a RN para decúbito ventral,	18. Prevenir desconforto. Prevenir acidentes (ex: asfixia).

colocando a sua cabeça em posição lateralizada.	
19. Informe a mãe/pai/pessoa significativa da importância de abotoar, colar os velcros existentes, no sentido da roupa mais interior, para a mais exterior, de forma a deixá-los em posição que não magoe o/a RN.	19. Promover o conforto. Prevenir o arrefecimento do/a RN.
20. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a colocar as camisas dentro das calças interiores, a abotoar as molas da roupa exterior e a posicionar o/a RN em decúbito dorsal.	20. Promover o conforto. Prevenir o arrefecimento do/a RN.
21. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa da importância de colocar luvas ao/à RN em dias frios.	21. Promover o conforto. Prevenir arrefecimento das mãos.
22. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa da importância de calçar meias ou botas de lã ao/à RN. Alertando para que os atilhos das botas ou o cós das meias não fiquem demasiado apertados (deve ter folga de um dedo)	22. Promover o conforto. Prevenir o arrefecimento dos pés.
23. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa como deve proceder para colocar o/a RN na envolta/xaile, dobrando o canto inferior no sentido dos membros inferiores, e os cantos laterais um sobre o outro.	23. Manter o/a RN aquecido/a.
24. Ensine a mãe/pai/pessoa significativa em como proceder para colocar o/a RN em posição confortável e segura no berço.	24. Favorecer o repouso do/a RN. Prevenir acidentes.
25. Informe a mãe/pai/pessoa significativa da importância de reunir e acondicionar adequadamente o material utilizado.	25. Promover a arrumação; Prevenir acidentes. Cumprir normas de separação de resíduos.
26. Registe e documente os resultados	26. Confirmar o procedimento. Dar conhecimento dos resultados Identificar data/hora do procedimento e o/a executor/a do procedimento.

REFERÊNCIAS:

WONG, Donna – Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogin S.A, 1999.

Edição atualizada e revista de:

Costa, F., Pereira, M. (2006). *Norma de Procedimento de Enfermagem: Vestir/Despir o recém-nascido*. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul.: Técnicas de Enfermagem (Vol.II, pp. 73-77). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA

Norma 13. Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre aleitamento materno

Norma 14. Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a lavagem, desinfeção e esterilização de biberões

Norma 15. Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a alimentação do/a recém-nascido/a de termo ou prematuro/a por copo

Norma 16. Executar entubação gástrica, via oral e nasal a crianças e jovens

Norma 17. Alimentar a criança/jovem entericamente por sonda gástrica

Norma 18. Alimentar por via parentérica crianças e jovens

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 13. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

O Aleitamento materno tem vindo a ser promovido desde 1991 pela OMS e pela UNICEF. A OMS recomenda que o aleitamento materno deve ser exclusivo desde a 1 hora de vida até aos 6 meses. A partir dos 6 meses a criança tem outras necessidades nutricionais sendo necessário iniciar alimentação complementar com papas, sopa, fruta mantendo-se o aleitamento materno. As crianças podem e devem manter o aleitamento materno até completarem 2 anos de idade

"A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa. Taxas baixas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas do SNS, bem como no aumento das desigualdades na saúde."

(Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union; 2004)

OBJETIVOS:

Contribuir para a promoção do aleitamento materno;

Aprofundar conhecimentos sobre estratégias para manter o aleitamento materno;

Desenvolver na mãe/pai/pessoa significativa conhecimentos e competências sobre aleitamento materno;

Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre as vantagens do aleitamento materno;

Ensinar mãe/pai/pessoa significativa a identificar e resolver as dificuldades no aleitamento materno;

ORIENTAÇÃO PARA A EXECUÇÃO:

ANTES DO PROCEDIMENTO:

- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a anatomia da mama na amamentação;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre quais as alterações da mama a observar durante a gravidez;

- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre as características do leite ao longo da mamada;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre o posicionamento adequado para promover o aleitamento materno;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa como identificar sinais de boa pega;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os horários, duração e intervalos da amamentação;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa a identificar os sinais de descida de leite;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com o ingurgitamento mamário;
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com uma mastite

DURANTE O PROCEDIMENTO:

- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a conhecer a anatomia da mama na amamentação;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a identificar as alterações da mama a observar durante a gravidez;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre as características do leite ao longo da mamada;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre o posicionamento adequado para promover o aleitamento materno;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a identificar sinais de boa pega;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os horários, duração e intervalos da amamentação;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a identificar os sinais de descida de leite;
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com o ingurgitamento mamário;
- Ensinar mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com uma mastite.

APÓS O PROCEDIMENTO:

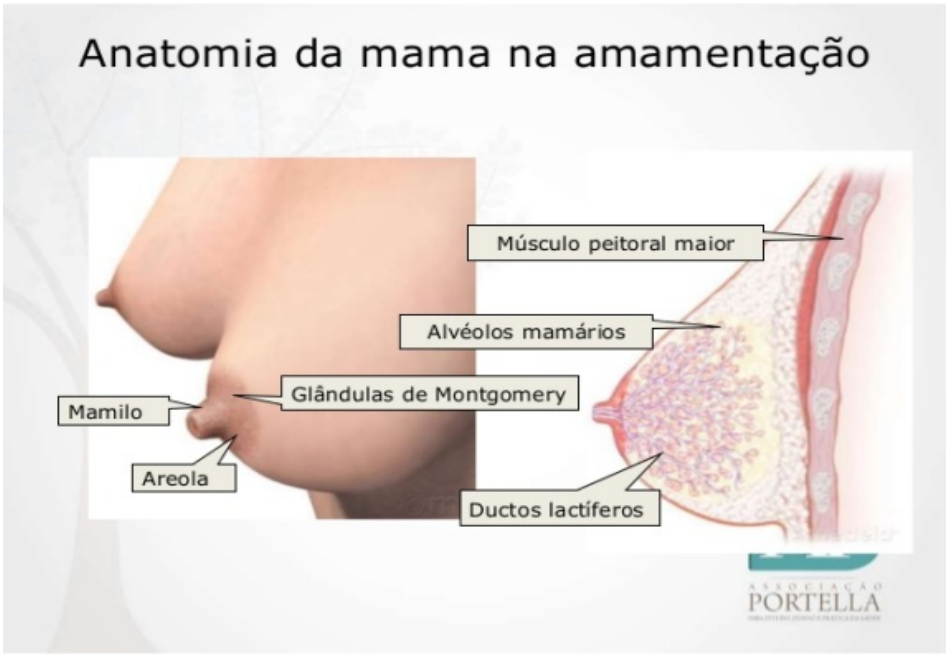
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre a anatomia da mama na amamentação;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre as alterações da mama a observar durante a gravidez;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre as características do leite ao longo da mamada;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre o posicionamento adequado para promover o aleitamento materno;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre os sinais de boa pega;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa os horários, duração e intervalos da amamentação;

- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre os sinais de descida de leite;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa o conhecimento sobre os cuidados a ter com o ingurgitamento mamário;
- Validar com a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com uma mastite.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Almofada. Cadeira ou cadeirão ou cama. Compressas quentes ou chuveiro com água quente.	Compressas frias. Creme gordo.

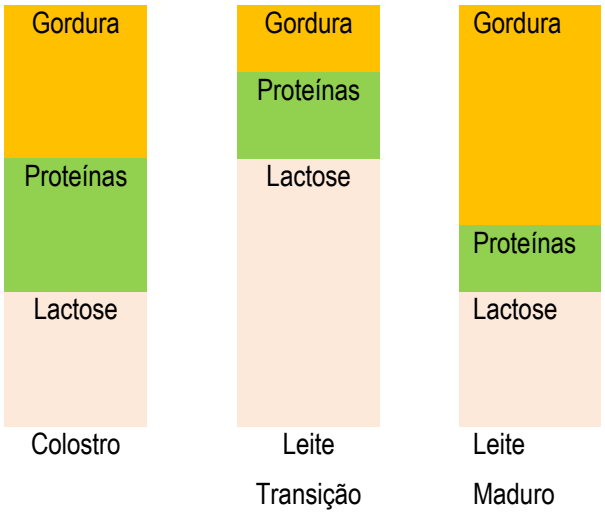
ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre a anatomia da mama durante a gravidez	1.Promover o conhecimento da anatomia da mama durante a amamentação permite à mãe/pai/pessoa compreender o seu funcionamento contribuindo para uma diminuição da ansiedade.



Fonte: https://slideplayer.com.br/slide/2969606/

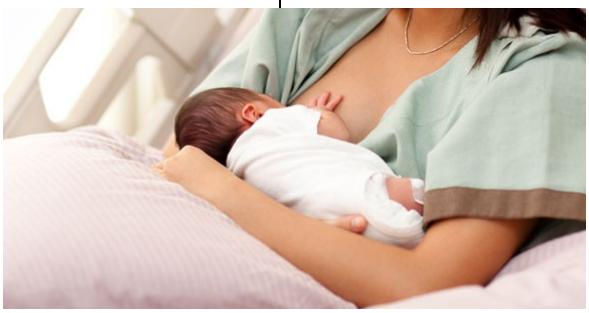
2.Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre quais as alterações da mama a observar durante a gravidez, designadamente que: • A mama fica mais volumosa; • Poderá surgir prurido, picadas e formigueiro; • Existe o aumento do volume e tensão mamária; • A rede venosa torna-se mais visível; • Existe hipersensibilidade mamária; • Existe o aumento da dimensão e pigmentação do mamilo e aréola; • Forma-se uma aréola secundária de cor rosada; • Existe o aumento do tamanho dos tubérculos de Montgomery; • Os mamilos tornam-se mais móveis; • A partir da 16ª semana surge a formação de colostro.	2.Conhecer as alterações Hormonais que Influenciam as Alterações mamárias durante o processo de amamentação: aumento dos níveis de estrogénio; aumento dos níveis de progesterona; aparecimento do lactogéneo placentário; aumento da prolactina).
3.Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre as características do leite ao longo da mamada; • O colostro é o primeiro leite que a mama produz, inicialmente em pequena quantidade (40 a 50 ml em 24 horas) quantidade suficiente para as necessidades do/a RN; • Dois a quatro dias após o parto, o leite materno muda em quantidade, as mamas ficam mais cheias e firmes dá-se a designada "*descida do leite*"; • Do quinto ao décimo quarto dia, o leite chama-se leite de transição;	3.Promover o conhecimento sobre que o colostro é fácil de digerir e tem a quantidade de nutrientes essenciais às necessidades do/a recém-nascido/a. Ao terceiro dia, o/a recém-nascido/a consome 300 a 400 ml de leite materno todas as 24 horas e ao quinto dia aumenta para 500 a 800 ml. O leite maduro é mais elevado no teor de gordura, calorias e lactose, logo ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável do/a RN.

• Ao décimo quinto dia chama-se leite maduro e dura até ao desmame.	



4.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre o posicionamento adequado para promover o aleitamento materno, nomeadamente a mãe deve: • Utilizar uma almofada (de amamentação ou outra); • Utilizar uma cadeira com apoio para os braços; • Colocar um apoio para os pés; • A colocar o corpo do/a RN alinhado (cabeça e tronco) e voltado para a si; • Que o/a RN deverá estar bem acordado/a;	4.Promover uma posição confortável para a mulher e para o/a RN é fundamental para que a amamentação seja bem-sucedida. O posicionamento da mulher previne desconfortos lombares, aumenta a sua disponibilidade para amamentar e criar laços com o/a RN.

- Que deverá ser o/a RN a ir à mama e não o contrário.



Mulher em adequada posição a amamentar na cama hospitalar

Fonte: https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Amamentacao/noticia/2018/05/4-posicoes-para-amamentar-e-como-ajudar-o-bebe-na-pega-certa.html

Mulher sentada em adequada posição a amamentar

Fonte: https://www.tuasaude.com/posicao-correta-para-a-amamentacao/

Posições corretas para amamentar

Fonte: Adaptado de https://boasmaes.com.br/amamentacao-e-entao/

5.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a identificar os sinais de boa pega, designadamente:

- Que na adaptação à mama a mulher deverá segurar a mama em forma de C;

5.Segurar a mama em forma de C permite ajudar o/a RN a adaptar-se à mama prevenindo o bloqueio dos ductos com a pressão exercida pelos dedos.

Posição incorreta (a mãe segura a mama em forma de tesoura) e posição correta (a mãe segura a mama em forma de C) da mãe a adaptar o/a RN para amamentar.

Fonte: Adaptado de https://feminefisioterapia.wordpress.com/2011/12/07/tecnica-de-amamentacao-i/

- Que deve tocar com o mamilo no lábio do/a RN, esperar até que a boca do/a RN esteja bem aberta e nesse momento adaptá-lo à mama;
- O/a recém-nascido/a deve abocanhar o mamilo e a aréola;
- O mamilo está posicionado para o palato do/a recém-nascido/a podendo, assim, coordenar o reflexo de sução com o de deglutição;
- O lábio do/a recém-nascido/a está posicionado por debaixo do mamilo.

Exemplo de uma má pega

Fonte: Adaptado de https://feminefisioterapia.files.wordpress.com/2011/12/pegaincorreta1.jpg

Observar os sinais de boa pega durante a amamentação é verificar a existência de pouca aréola por baixo do queixo, o lábio inferior do/a RN está revirado para fora, o queixo está encostado à mama, o nariz está livre e as bochechas estão cheias. Um/a RN que está a mamar está acordado/a.

Quando existe uma pega incorreta surge a dor e fissuras mamilares. O/a RN faz uma ineficaz extração do leite o que pode levar ao Ingurgitamento mamário. A oferta do leite ao/a RN poderá ser insuficiente, este/a fica insatisfeito e quer mamar mais. Ou poderá ficar frustrado/a, cansado/a, recusando-se a mamar. É um/a RN com maior risco de cólicas, leva a uma diminuição da produção de leite e o/a RN não ganha peso.

Sequência de RN a efetuar uma pega correta.

Fonte: https://gestar-e-nascer.webnode.com/l/amamentacaocontinuacao/

Sinais de pega correta

Fonte: https://gestar-e-nascer.webnode.com/l/amamentacaocontinuacao/

6.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre os horários, duração e intervalos da amamentação, nomeadamente que: • A mãe deve oferecer primeiro a mama em que o/a RN não mamou da última vez ou a que mamou em último lugar; • A mãe deve deixar o/a RN esvaziar completamente a mama e só depois ofereça a outra; • Deve-se deixar o/a RN mamar até ficar satisfeito; • Que o intervalo livre entre as mamadas habitualmente não ultrapassa as 4 horas.	6.Promover bons procedimentos face à amamentação. A amamentação deve ser frequente, em horário livre, sem restrições na duração, nos intervalos ou no acesso a uma ou duas mamas em cada refeição. Não existe relação entre o tamanho da mama e a capacidade de produção de leite.
7.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a identificar os sinais e sintomas de descida de leite, designadamente que: • Acontece entre o 3º e 4º dia; • As mamas ficam dolorosas, quentes e cheias; • Poderá existir temperatura corporal um pouco elevada em relação ao normal (subfebril) • Os sinais diminuem e desaparecem com a frequência das mamadas.	7.Conhecer os sinais de descida de leite promove atitude coerente e descarta preocupação da Mãe face aos seus A composição do leite materno altera-se ao longo do tempo, do dia, e da mamada. Varia de acordo com as necessidades do/a RN e adapta-se ao seu ritmo de crescimento. Durante a alimentação exclusiva com leite materno o/a RN não necessita de ingerir água ou outros suplementos.
8.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com o ingurgitamento mamário, nomeadamente que deve: • Aplicar pachos de água quente; • Massajar as mamas em movimentos circulares; • Pedir para lhe massajarem as costas; • Fazer o esvaziamento das mamas até aliviar a constrição;	8.Ter conhecimento que o ingurgitamento mamário surge com a descida do leite que poderá conduzir a um bloqueio dos ductos. Que o bloquei dos ductos ocorre quando os canais que drenam o leite ficam obstruídos, possivelmente por leite espesso. A mulher que amamenta sente toda a mama rígida, vermelha e edemaciada ou pode sentir um nodulo doloroso e vermelho numa parte da mama.

• Colocar o/a RN à mama em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama (ex: colocar o corpo do/a RN debaixo do braço); • Fazer massagem com os dedos e fazer uma leve pressão no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar a mama; • Se a mama continuar congestionada, tensa após amamentar, deve esvaziá-la, fazendo a extração do leite manualmente ou utilizando uma bomba extratora de leite; • Aplicar compressas frias/gelo, promovendo o alívio da dor e edema; • Usar um soutien que apoie a mama não a comprimindo.	Ter conhecimento sobre que com o ingurgitamento mamário poderá ocorrer um aumento da temperatura corporal até 38ºC.
9.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa sobre os cuidados a ter com uma mastite, nomeadamente que: • Deve consultar o seu médico; • Deve realizar a medicação prescrita (antibiótico adequado à amamentação); • Deve efetuar repouso; • Deve continuar a amamentar o/a RN do lado não afetado; • Deve retirar o leite manualmente ou com bomba extratora da mama com mastite.	9.Se o ducto (canal) bloqueado não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infetar. Neste caso, parte da mama fica vermelha, quente, com tumefação (inchada) e dolorosa. A mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar – estamos na presença de uma mastite. A mulher continua a amamentar. A situação melhora, habitualmente em um ou dois dias.

Tamanho do estomago de um/a RN

Fonte: https://gestar-e-nascer.webnode.com/l/amamentacaocontinuacao/

REFERÊNCIAS:

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.). Lusodidacta. ISBN 9789898075161

Braden, P.S. (2000). *Enfermagem Materno-infantil*. (2ªed.) São Paulo: Reichmann & Affonso Editores. ISBN 85-87148-41-9

Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5º ed.) Lisboa: Lidel-Edições. ISBN 978-989-752-288-8

Levy, L.; Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Obtido de: https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 14. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A LAVAGEM, DESINFEÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE BIBERÕES

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

Procedimento que visa eliminar microrganismos patogénicos dos biberões, através da fervura

OBJETIVOS:

Prevenir infeções.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Verificar a integridade dos biberões, tetinas e adaptações.

Juntar os vários biberões para o procedimento (economizar tempo e recursos materiais/orgânicos).

Durante o procedimento:

Certificar que os biberões, tetinas e adaptações estão libertos de vestígios de leite materno/fórmula adaptada.

Esterilizar, junto aos demais materiais, a pinça de biberões.

Após o procedimento:

Verificar se os biberões acoplados com as tetinas e as adaptações estão bem fechados.

Certificar que estes biberões devem de ser utilizados no prazo de 48h. Uma vez o prazo excedido implica inutilizar o seu conteúdo (leite materno ou fórmula adaptada) e nova lavagem, desinfeção e esterilização.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Biberões desmontados;
- Panela;
- Pinça de Biberões;
- Água;
- Fonte de calor;
- Pano limpo.

ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A LAVAGEM, DESINFEÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE BIBERÕES	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa como deve lavar higienicamente as mãos.	1.Prevenir infeção.
2.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa como lavar os biberões com detergente e água corrente utilizando os escovilhões de tamanho e formato adequado para o biberão e para as tetinas (proceda à viragem do avesso das tetinas para melhor lavagem das mesmas) .	2.Retirar todos os vestígios de leite materno/formula adaptada dos utensílios (Drudy *et al*., 2006; OMS, 2003). Retirar todos os possíveis vestígios do detergente usado para a lavagem e desengorduramento dos utensílios (Drudy *et al*., 2006; OMS, 2003)..

Pinças para biberão, escovilhão para biberão e tetina
Fonte: https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/sterilising-bottles/

Lavagem de biberão tetinas e tampa de biberão com detergente e ajuda do escovilhão adequado

Fonte: https://bebeinnova.com/drbrownspt/como-utilizar-corretamente-um-biberao-dr-browns-para-obter-o-maximo-rendimento-dos-seus-beneficios/

Biberões a serem esterilizados através da fervedura da água

Fonte: http://dicaspaisefilhos.com.br/bebes-e-criancas/como-esterilizar-mamadeiras-e-chupetas/

3.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a colocar todo o material a escorrer sobre o pano limpo.	3.Permitir o escoar de toda a água.
4.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa a colocar água numa panela e os biberões preenchidos com água e totalmente submersos, que deve incluir as tampas, adaptações e por último a pinça. Tapar a panela e colocar a panela ao lume. (OMS & FAO, 2007, p.16).	4.Preparar o material para o início do processo de esterilização.
5.Informe a mãe/pai/pessoa significativa que, após iniciar fervura, deve deixar ferver durante cerca de 15 minutos, e após este tempo colocar as tetinas na água (OMS & FAO, 2007, p.16).	5.Esterilizar os biberões. (As tetinas necessitam de menos tempo para esterilizar e deterioram-se facilmente).
6.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que após colocar as tetinas na água deve deixar ferver mais 5 minutos.	6.Esterilizar as tetinas.
7.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que após apagar o lume que deve deixar ficar a panela tapada. até arrefecer a uma temperatura adequada ao manuseamento do material esterilizado.	7.Evitar acidentes.
8.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que para retirar a pinça o pode fazer com a mão (segurando na parte que não vai estar em contato com os biberões/tetinas…), ou com a ajuda de outra pinça ou instrumento que considerar	8.Prevenir a contaminação.

adequado e que esteja lavado (OMS & FAO, 2007, p.16).	
9.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que deve retirar os biberões e as tampas e adaptações com a pinça esterilizada sem a conspurcar e de modo a que possa montar os biberões sem tocar com as mãos na tetina e nas partes internas da tampa e adaptação. Se o biberão tem copo adaptá-lo fechando o biberão montado. (OMS & FAO, 2007, p.16).	9.Prevenir a contaminação interna do biberão e da tetina. Permitir uma rápida disponibilidade de biberões esterilizados e prontos a serem utilizados.
10.Ensine a mãe/pai/pessoa significativa que deve lavar sempre as mãos antes de preparar/administrar biberão ao/à RN (Drudy *et al*., 2006).	10.Prevenir infeções no/a recém-nascido/a.
 Lavar as mãos antes de preparar/administrar biberão ao/à RN Fonte: http://metis.med.up.pt/index.php/Prepara%C3%A7%C3%A3o_do_biber%C3%A3o_com_leite_artificial	
Nota: A preparação da fórmula adaptada deve seguir as instruções do tipo de pó a preparar e as indicações do médico/a assistente ou do pediatra.	

REFERÊNCIAS:

Drudy et al. (2006). *Enterobacter sakazakii: na emerging patogen in powdered infant formula*. Obtido de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16511766/

Hancook, M.E., Brown, J. (2010). What Nurses Need to Teach Parents Who Choose to Formula-Feed. *Journals & Books. Nursing for Women's Health.14(4),302-309*. Obtido de: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485115305092?via%3Dihub

Hockenberry, M.J., Wilson, D., Rodgers, C.C. (2018). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Editora Elsevier Ltda. ISBN: 978-85-352-8867-4

Hotelling, B. A. Newborn Capabilities: Parent Teaching Is a.Necessity. *The Journal of Perinatal Education 13(4), 43-49*. Obtido de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595218/

OMS (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeno*. Obtido de: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf

OMS & FAO (2007). *Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: Directrices*. ISBN: 978 92 4 259541 2. Obtido de: https://www.who.int/publications/list/9789241595414/es/

Edição atualizada e revista de:

Costa, F., Pereira, M. (2006). *Norma de Procedimento de Enfermagem: Lavar e esterilizar biberões*. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul.: Técnicas de Enfermagem (Vol.II, pp.25-28). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 15. ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO/A RECÉM-NASCIDO/A DE TERMO OU PREMATURO/A POR COPO

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

A alimentação por copo é uma técnica segura de alimentar recém-nascidos de termo e prematuros que, por diversos motivos, não podem ser alimentados ou necessitam receber alimentação suplementar de fórmula láctea adaptada.

É um método seguro de alimentar o/a RN, evitando a introdução precoce de tetinas, colocando o leite materno ou de fórmula láctea adaptada num copo oferecendo-lhe o leite aos poucos.

A alimentação por copo está associada a um aumento significativo do aleitamento materno exclusivo.

Ideal para RN com baixo peso ao nascer ou prematuro/a que tenham dificuldade em mamar. Esses recém-nascidos conseguem engolir antes de conseguirem chupar e podem não ter força para chupar por tempo suficiente na mama para uma mamada longa. Oferecer o resto do leite materno por copo completa a mamada.

Recém-nascidos cuja mãe está temporariamente impossibilitada de amamentar diretamente. A mãe pode retirar o leite materno, armazenar devidamente e a pessoa significativa pode alimentar o/a RN utilizando o copo, enquanto a mãe estiver ausente.

Recém-nascidos com problemas na boca (ex.: fenda palatina). Apesar de a maioria dos recém-nascidos com lábio leporino e/ou fenda palatina conseguirem mamar com sucesso, alguns têm problema em sugar/chupar na mama.

Todos os procedimentos referidos são dirigidos ao/à RN e à criança prematura, que tenha situação clínica de assim se alimentar, embora no texto se verse por RN.

OBJETIVOS:

Contribuir para a promoção do aleitamento materno.

Aprofundar conhecimentos sobre estratégias para manter o aleitamento materno.

Desenvolver na mãe/pai/pessoa significativa conhecimentos e competências sobre aleitamento por copo.

Evitar o contato do/a recém-nascido/a com outros mamilos artificiais que não o mamilo materno.

Ensinar mãe/pai/pessoa significativa a proteger o/a RN, que é alimentado por copo, contra infeções no nascimento e nos primeiros meses de vida. (infeções por cuidados inadequados na higienização).

ORIENTAÇÃO PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os benefícios do procedimento para a adequada nutrição do/a seu/sua filho/filha, necessários para uma adequada administração do leite com o uso do copo;

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre os procedimentos necessário à higiene para a administração do leite com o uso do copo;

- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa sobre as características do copo no que se refere ao seu tamanho e rebordo.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a lavar e ferver o copo e um recipiente. O copo é usado para alimentar o/a RN. O recipiente é usado para armazenar o leite materno quando se utiliza aleitamento materno com administração por copo.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa que antes de cada uso, deve lavar o copo e o recipiente com sabão e água e certificar-se de que os resíduos restantes da alimentação anterior foram removidos.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa que deve ferver o copo e o recipiente.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a usar uma panela com tampa. A como colocar o copo e o recipiente na panela. Que deve encher a panela com água de modo a que cubra o copo e o recipiente. Que deve tapar a panela e deixar a água ferver durante 10 minutos.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa como tirar a água da panela sem tocar no copo nem no recipiente.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa que deve deixar o copo e o recipiente na panela até ser necessário usá-los. E que deve manter a panela tapada.

Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre como alimentar o/a RN por copo.

- Informar mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de envolver o/a RN/prematuro/a (ex: num xaile/lençol) para evitar que o leite não seja derramado pela movimentação dos seus membros superiores e inferiores.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a avaliar o estado de alerta e a estabilidade hemodinâmica do/a RN (Caso o/a RN se apresente sonolento/a, aguardar 15-20min e voltar a estimular observando o seu estado de alerta).
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a posicionar o/a RN acordado/a e sentá-lo/a (num ângulo de 45º relativo às suas nádegas), ou colocá-lo/a semi-sentado/a no colo da mãe/pai/pessoa

significativa (num decúbito semi-lateral, mas com a cabeça mais elevada do que a anca). Suportar os ombros e o pescoço com a mão não dominante, assegurando o apoio da cabeça do/a RN.

- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa a segurar um copo pequeno de leite, cheio até metade, junto dos lábios do/a RN e virar, lentamente, o copo para que o leite chegue aos lábios. O copo deve descansar levemente no lábio inferior do/a recém-nascido/a. As bordas do copo devem tocar as partes de fora do lábio superior do/a recém-nascido/a.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa de que o/a RN, acordado/a está alerta e abrirá a boca e os olhos: Um/a RN com peso baixo ao nascer pode começar a retirar o leite com a língua. Um/a RN de termo ou mais velho/a poderá sugar e/ou desperdiçar o leite.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa que não deve despejar o leite na boca do/a RN (risco de engasgamento). Que deve manter o copo nos lábios do/a RN e deixar que este/a retire o leite com a língua.

Informar mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de contabilizar a quantidade de leite a oferecer ao/á RN ou prematuro/a.

- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa que quando o/a RN já tiver bebido o suficiente, fechará a boca e recusará mais: Se o/a RN não beber o suficiente, poderá beber mais na próxima vez que for alimentado/a. A mãe pode aumentar a frequência com que alimenta o/a RN.
- Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa da importância de medir a quantidade de leite que o/a recém-nascido/a bebeu nas 24horas.

<u>Durante o procedimento:</u>

Ensinar a mãe/pai/pessoa significativa:

- A lavar as mãos com sabão e água antes e depois do procedimento.
- A colocar o/a RN, bem acordado/a, numa posição de sentado/a ou semi-sentado/a no colo.
- A apoiar os ombros e pescoço com a mão, a cabeça não deve ficar muito inclinada para trás.
- A encher metade do copo com leite, materno ou leite de fórmula adaptada. O copo deverá ser pequeno com bordo ou ponta macia e transparente de forma a permitir ver o nível de líquido.
- A encostar a borda do copo no lábio inferior do/a RN ou prematuro/a, inclinando-o até que o leite toque o seu lábio inferior.
- A aguardar que o/a RN ou prematuro/a retire o leite, sorvendo-o e em seguida, o degluta.
- A não derramar o leite na boca do/a RN.

- A elevar e segurar o/a RN sobre o seu ombro e esfregar as costas do/a recém-nascido/a para ajudá-lo/a a eructar (expelir o ar excedente do estômago).

Após o procedimento:

- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de contabilizar a quantidade de leite ingerida nas 24 horas.
- Informar a mãe/pai/pessoa significativa sobre a necessidade de proceder à higienização do copo e recipientes utilizados.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Copo pequeno com bordo ou ponta macia e transparente.	Para administrar o leite ao/á recém-nascido/a.
Água e sabão.	Para lavar em água corrente e sabão o copo e o recipiente retirando todos os resíduos.
Panela com tampa.	Para proceder à fervura do copo e do recipiente, devendo ser tapada após borbulhar.
Fonte de calor (para ferver a água).	Para ferver a água.
Pinça.	Para retirar o copo e o recipiente de dentro da panela.

ENSINAR A MÃE/PAI/PESSOA SIGNIFICATIVA SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO/A RECÉM-NASCIDO/A DE TERMO OU PREMATURO/A POR COPO	
Sequência do procedimento	**.Fundamentação**
1.Informe a mãe/pai/pessoa significativa sobre o procedimento da alimentação por copo, designadamente sobre:	Empoderar a mãe/pai/pessoa significativa para o procedimento.
- Lavagem das mãos com sabão e água antes e depois do procedimento.	Higienizar as mãos diminui os riscos de contaminação
- Como colocar o/a RN, bem acordado/a, numa posição de sentado/a ou semi-sentado/a no colo.	Proceder ao aumento da eficácia da retirada do leite do copo, diminuindo o risco de engasgamento.

- Como apoiar os ombros e pescoço com a mão, a cabeça não deve ficar muito inclinada para trás.	Impedir que o leite possa escorrer para a árvore brônquica.
 Recém-nascido/a a ser alimentado por copo Fonte: https://maepop.com.br/leite-no-copo-para-bebes/	
- Como preparar o copo enchendo-o pela metade com leite, materno ou leite de fórmula adaptada. O copo deverá ser pequeno com bordo ou ponta macia e transparente de forma a permitir ver o nível de líquido.	Garantir a aplicação correta da técnica. As características do copo permitem uma melhor extração de leite por parte do/a RN, a visualização e controlo da quantidade de leite administrada.
- Como proceder para o/a RN ter acesso ao leite, encostando a borda do copo no lábio inferior do/a RN ou prematuro/a, inclinando-o até que o leite toque o seu lábio inferior.	Estimular o reflexo de procura e o interesse do/a RN pela alimentação. Informar o/a RN de que o leite está à sua disposição e previne o engasgamento e aspiração de leite para a traqueia e pulmões. O/a RN retirará com a língua o leite.
- Como é importante aguardar que o/a RN retire o leite, sorvendo-o e em seguida, o degluta.	Promover a autonomia de alimentação do/a RN.

<table>
<tr><td colspan="2">
Recém-nascido/a a ser alimentado/a por copo com a inclinação adequada
Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=QxIthMyK8AI</td></tr>
<tr><td>- A importância de ter em atenção a quantidade de leite que oferece ao/à RN, não derramando o leite na sua boca.</td><td>Prevenir o risco de engasgamento.</td></tr>
<tr><td>- Como deve colocar o/a RN a eructar, elevando e segurando o/a RN sobre o seu ombro e esfregar as costas do/a RN para ajudá-lo a eructar, respeitando as pausas do/a RN para respirar, descansar e finalmente eructar.</td><td>Promover o conforto e a tolerância alimentar.
Promover a expelição do ar excedente existente no estômago.</td></tr>
<tr><td>- A importância de higienizar as mãos.</td><td>Prevenir a contaminação.</td></tr>
<tr><td>- A importância de reunir e acondicionar o material utilizado.</td><td>Promover o acondicionamento correto do material.
Promover a sua disponibilidade para lavagem e esterilização e novo procedimento.</td></tr>
<tr><td>2.Registar os resultados (documente descrevendo as caraterísticas da alimentação e competências observadas do/a RN). Elaborar diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções assim como os resultados esperados/decorrentes.</td><td>2.Promover a continuidade dos cuidados.
Promover a classificação para a prática de enfermagem.</td></tr>
</table>

REFERÊNCIAS:

Beck, D.; Ganges, F.; Goldman, S. & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-nascido. Manual de Consulta*. Healthy Newborn Network. Save the Children Federation. Obtido de: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf

Flint, A., New, K., & Davies, M.W. (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8, article number CD005092.* doi: 10.1002/14651858. Obtido de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464444/

Pacheco, S.T.A., Rodrigues, B.M.R.D., Araújo, B.B.M., Cabral, I.E., Organista, R.R., & Enrici, M.J.S. (2013). Significado do uso do copinho em unidade de terapia intensiva neonatal: A vivência materna. *Revista Enfermagem UERJ, 20(4),434-438*. ISSN 0104-3552. Obtido de: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4674

Moreira, C.M.D.; Cavalcante-Silva, R. P.G.V.; Fujinaga, C.I.& Marson, F. (2017) Comparison of the finger-feeding *versus* cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. Rio de Janeiro: *Sociedade Brasileira de Pediatria. Jornal Pediátrico 93(6),585-591*. Obtido de: https://www.scielo.br/pdf/jped/v93n6/pt_0021-7557-jped-93-06-0585.pdf

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 16. EXECUTAR ENTUBAÇÃO GÁSTRICA, VIA ORAL E NASAL A CRIANÇAS E JOVENS

Ana R. Peralta, Mafalda Branco, Marta Santana, Pedro Caldeira, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter interdependente, que consiste na introdução de uma sonda através da orofaringe ou da nasofaringe até ao estômago.

É indicado quando a criança não é capaz de se alimentar pela boca ou para drenagem de conteúdo gástrico.

OBJETIVOS:

Realizar lavagem gástrica.

Administrar terapêutica.

Alimentar a criança.

Hidratar a criança.

Obter amostras de conteúdo gástrico.

Realizar o esvaziamento do estômago.

Diminuir a distensão abdominal.

Fornecer alimentação durante um curto período a crianças com distúrbios gastrointestinais.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

A entubação gástrica em idade pediátrica deve ser realizada com sondas de pequeno calibre. Este é inserido através do nariz ou da orofaringe para tratamentos de curto período de tempo (<4 a 6 semanas).

Nos recém-nascidos e lactentes com menos de 6 meses, a respiração é essencialmente feita pelo nariz (exceto quando choram dada a proximidade da faringe posterior e da epiglote), assim opta-se por realizar a entubação por via orogástrica, causando assim menos sofrimento para o mesmo.

Idade	Calibre da sonda (Fr)
RN pré-termo ou <1 mês de idade	3.5-5
>1 mês de idade até pré-adolescência	5-8
Adolescentes	8-14

No uso prolongado da sonda, é fundamental que seja feito a alternância das narinas, de forma a minimizar a irritação, possível infeção e rutura das mucosas.

As sondas indicadas para a realização deste procedimento em idade pediátrica devem ser de silicone flexível ou poliuretano, e ter o tamanho adequado à idade da criança e ao objetivo da entubação. (como na tabela seguinte)

É importante verificar sempre se a criança não apresenta contraindicações para a colocação da sonda, como por exemplo alterações na anatomia nasal. A presença de lesões nasais, ou um desvio do septo nasal são contraindicações para a colocação da sonda, bem como a obstrução nasofaríngea ou esofágica. A existência de um traumatismo maxilofacial é ainda uma contraindicação para a execução deste procedimento por provocar risco aumentado de pressão intracraniana.

As sondas podem ser de um, ou mais lúmens. Sondas de um lúmen são utilizadas para a alimentação entérica, as sondas de dois lumens podem ser usadas para descompressão gástrica, enquanto que as sondas de três e quatro lumens poderão ser usadas para a lavagem gástrica.

Fornecer a informação correta, adequada e necessária, esclarecendo eventuais dúvidas e receios. É importante que os cuidadores se encontrem familiarizados e esclarecidos com a condição de saúde da sua criança, todo o procedimento, os seus objetivos terapêuticos, e riscos associados.

Preparar a criança, explicando-lhe o procedimento de acordo com a idade:

- Toddler e Pré-Escolar: Explicar de forma clara, utilizando frases simples e palavras que façam parte do seu vocabulário;
- Escolar: Deve-se pedir a participação da criança para a ajudar na realização do procedimento. Sugere-se a demonstração do procedimento numa boneca, o que ajuda a criança a compreender melhor o que acontecerá;
- Adolescência: explicar o procedimento e as suas implicações de forma clara e esclarecedora. Dar espaço para a colocação de dúvidas.

Durante o procedimento:

Para a introdução da sonda podem ser utilizados vasoconstritores e anestésicos tópicos como sprays vasoconstritores (cloridrato de fenilefrina a 1%, oximetazolina, benzocaína –tetracaína, butil spray - lidocaína viscosa a 2%. A vasoconstrição induzida por este tipo de agentes permite que, nessas regiões exista uma diminuição do risco de epistaxe. Os anestésicos tópicos são utilizados para atenuar o desconforto induzido pela inserção da sonda. É, no entanto, fundamental ter em conta que, reflexos como o do vómito e da tosse, podem ficar comprometidos devido ao excesso de anestesia tópica. Ter atenção à indicação do medicamento utilizado e confirmar se é adequado à idade da criança.

Deve ser avaliada a correta posição da sonda após a sua colocação, e pelo menos uma vez por turno, para prevenir complicações.

A avaliação da sonda pode ser realizada através de diferentes métodos:

- Execução de uma radiografia;
- Monitorização do comprimento da SNG presente na narina, comparando com o tamanho quando inserida, no entanto, este método necessita sempre de outro que o complemente;
- Avaliação do pH, através da recolha de conteúdo presente na SNG, as secreções gástricas possuem um ph ≤5.5 e apresentam geralmente uma aparência clara e incolor ou amarelo claro ou verde;
- Medição do CO_2 através da capnografia ou capnometria colorimétrica também ajuda na identificação do posicionamento da SNG, pois a presença de CO_2 na sonda indica que esta não se encontra no estômago, o que significa que pode estar nos pulmões.
- Auscultação, este método não é viável devido ao facto de não ser possível identificar a localização proveniente do som, uma vez que, o som pode vir do estômago, duodeno ou esófago. O método da auscultação envolve posicionar o estetoscópio abaixo do apêndice xifoide, injetando na SNG cerca de 2 a 10ml de ar (dependendo do tamanho da criança, de modo a ouvirmos um ruído. No final o ar deve ser retirado.

É fundamental observar sintomas respiratórios, tais como tosse, dispneia e cianose, também é importante avaliar o estado de agitação, irritabilidade e palidez da criança, bem como a presença de manchas, desconforto acentuado, rouquidão, choro fraco e incapacidade de chorar. A presença de tosse intensa pode ser um sinal de que a sonda não está localizada corretamente, neste caso pode estar nos pulmões.

Após a colocação da sonda esta deve ser fixada com adesivo antialérgico, este deve ser cortado consoante o local de inserção da sonda, se foi colocada por via nasal o adesivo deve ser cortado em forma de “calças”, se a sonda foi colocada por via oral, o adesivo deve ser cortado em forma de “bigode”. Depois de ser cortado deve ser colocado em forma de “sandália romana” o que dificulta a saída da sonda.

A sonda deve ser mudada entre 3 a 7 dias, prevenindo a necrose do tecido nasal e do septo nasal. Nas sondas utilizadas para descompressão gástrica, lavagem gástrica e hemorragia gastrointestinal, deve trocar-se caso a integridade da sonda esteja alterada ou a sonda esteja obstruída.

Após o procedimento:

Sempre que vai ser utilizada, é essencial verificar a localização da sonda, como referido acima, para garantir que a mesma se encontra no estômago e que, qualquer medicação ou conteúdo alimentar não é aspirado para os pulmões, evitando assim, complicações (pneumotórax, pneumonia de aspiração, pneumonite ou até mesmo a morte).

É necessário realizar com maior frequência a higiene oral e nasal, uma vez que, as crianças entubadas nasogastricamente respiram preferencialmente pela boca.

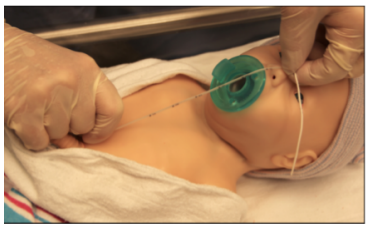
Envolver os cuidadores, planeando as intervenções futuras.

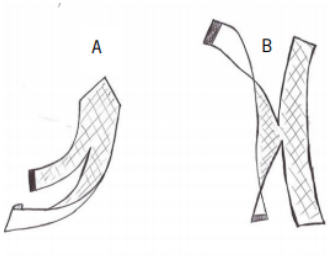
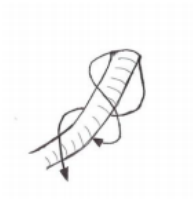
MATERIAL NECESSÁRIO:

Tabuleiro	Água esterilizada
Luvas não esterilizadas, pode ser necessária a utilização de outros EPI's (como óculos, bata ou máscara)	Seringa de 10cc
Estetoscópio	Saco coletor não esterilizado
Sonda gástrica	Adesivo antialérgico ou outro dispositivo que permita a fixação da sonda
Resguardo	Lenços de papel
Copo com água	Cuvete riniforme

EXECUTAR ENTUBAÇÃO GÁSTRICA, VIA ORAL E NASAL EM CRIANÇAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica.	1. Confirma a prescrição.
2. Certifique-se da identidade da criança e adeque o material ao/a RN/criança/jovem.	2. Previne o erro e adequa o tratamento à criança certa.
3. Proceda à higienização das mãos.	3. Previne infeções.
4. Reúna o material necessário.	4. Economiza tempo e facilita o procedimento.

5. Explique o procedimento à criança/jovem tendo em conta a idade, bem como aos seus cuidadores, comunicando de forma clara, objetiva e adequada ao estadio de desenvolvimento.	5. Diminui o medo, a ansiedade e obtém a colaboração e consentimento da criança e cuidadores. Promove a parceria dos cuidados.
6. Feche a cortina/biombo da unidade do/a RN/criança/jovem.	6. Garante a privacidade.
7. Proceda à higienização das mãos.	7. Previne infeções.
8. Coloque os EPI's.	8. Previne infeções.
9. Posicione a criança: As crianças mais velhas devem ser colocadas em posição de semi-fowler num ângulo de 45º ou colocadas na posição de Trendelenburg a um ângulo mínimo de 30º. No lactente deve-se utilizar a técnica da múmia e estes devem ser segurados por um dos cuidadores/pessoa significativa, conforme o desejado e apropriado.	9. Proporciona um maior conforto para a criança e uma maior facilidade na execução do procedimento. Evita movimentos que possam magoar ou traumatizar a criança. Os lactentes ao realizar movimentos inesperados podem agarrar e deslocar/exteriorizar a sonda.
10. Coloque um resguardo ou outro objeto como uma toalha a proteger o tórax.	10. Protege a roupa da criança das secreções expelidas.
11. Forneça papel à criança para realizar a higiene nasal ou, caso esta não consiga, realize-a.	11. Facilita a inserção da sonda nasogástrica.
12. Realize a medição da sonda: Nasofaringe - a sonda deve ser medida deste a asa do nariz até ao lóbulo da orelha e posteriormente do lóbulo da orelha até ao apêndice xifóide, se a criança tiver menos de 1 ano deve medir-se até à linha média entre o apêndice xifóide e o umbigo. 	12. Permite perceber qual o comprimento de sonda que deve ser introduzido.

 Fonte: Walsh & Caple, 2018 Orofaringe – a sonda deve ser medida desde a comissura labial até ao lóbulo da orelha e posteriormente do lóbulo da orelha até ao apêndice xifoide.	
13. Coloque a cabeça da criança em flexão anterior.	13. Permite a abertura do esófago, o que vai diminuir a resistência.
14. Lubrifique a sonda com água esterilizada ou lubrificante hidrossolúvel.	14. Diminui a fricção que possa existir e permite ainda evitar a ocorrência de trauma no local de inserção.
15. Insira a sonda consoante o local escolhido, até à marca da medição.	15. Permite assegurar que a sonda é inserida corretamente.
16. Forneça goles de água (se não for contraindicada) ou a chupeta, se a criança conseguir colaborar e avance a sonda em cada deglutição.	16. Facilita a passagem da sonda pelo esófago, diminuindo a possibilidade de passar para traqueia.
17. Avalie a reação da criança após a colocação da sonda (é importante verificar se a respiração está a ser eficaz). Em caso de cianose ou tosse intensa, retire de imediato a sonda.	17. Permite verificar que a respiração está a ser eficaz e que a sonda não está colocada de forma incorreta.
18. Verifique se a sonda não se encontra enrolada na orofaringe (através da abertura da boca).	18. Permite verificar se a sonda foi inserida de forma correta.
19. Verifique a localização da sonda através de um destes métodos: • Avaliação do pH (o pH normal varia entre 1 e 5,5) • Radiografia	19. Permite verificar se a sonda foi inserida de forma correta.

• Auscultação • Verificação do comprimento da sonda • Monitorização do comprimento da sonda	
20. Fixe a sonda com adesivo antialérgico.  Figura A - adesivo para a fixação da sonda nasogástrica Figura B – adesivo para a fixação da sonda orogástrica.  - Forma correta de fixação do adesivo na sonda.	20. Evita a deslocação da sonda.
21. Retire as luvas e higienize as mãos	21. Diminui a transmissão de microrganismos.
22. Posicione a criança	22. Proporciona um maior conforto para a criança.
23. Retire as luvas.	23. Previne a contaminação cruzada.
24. Realize a higienização das mãos.	24. Previne infeções.
25. Elogie a colaboração dos cuidadores e da criança no procedimento.	25. Permite desenvolver a relação entre o enfermeiro.
26. Esclareça eventuais dúvidas dos cuidadores e da criança.	26. Demonstra disponibilidade e permite desenvolver uma relação terapêutica eficaz.
27. Recolha o material, garantindo uma unidade limpa e organizada.	27. Mantém o material arrumado e previne acidentes.
28. Realize a higienização das mãos.	28. Previne infeções.

29. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Faça os registos de Enfermagem fazendo referência à data e hora de inserção da sonda, calibre, posição, verificação da localização, medidas utilizadas e a reação da criança ao procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	29. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, identifica quem o executou e garante a continuidade dos cuidados de Enfermagem. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2012). *Pediatric Nursing Procedures* (3ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Caple, C., & Heering, H. (8 de dezembro de 2017). *Orogastric Feeding Tube: Inserting in Infants and Children.* Obtido em 18 de novembro de 2018, de nursing reference center: http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=8&sid=b40c1d62-6068-48d6-980b-b593082801e5%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T704747

Carvalho, C., Ribeiro, N., Alves, C. L., Gomes, H., & Sarmento, A. (s.d.). Metemoglobinemia: Revisão a Propósito de um Caso. Porto, Portugal.

Bicho, F., & Vaz, F. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Executar Entubação Nasogástrica na Criança. In L. Nunes & M.A. Ruivo (org.), Manual 2006: Técnicas de Enfermagem, Volume II de III, p. 35-37. Setúbal, Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Guidelines and Audit Implementation Network . (2015). *Guidelines for caring for an infant, child, or young person who requires enteral feeding.* Obtido em 05 de novembro de 2018, de https://rqia.org.uk/RQIA/files/4f/4f08bb34-7955-49ea-adf1-9de807d3da66.pdf

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

Sousa, P. C. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados.* Universidade Católica Portuguesa. Obtido em 25 de novembro de 2018, de file:///C:/Users/Kitty/Downloads/O%20exerc%C3%ADcio%20parental%20durante%20a%20hospitaliz

a%C3%A7%C3%A3o%20do%20filho_Intencionalidades%20terap%C3%AAuticas%20de%20enfermagem%20face%20%C3%A0%20parceria%20de%20cu_1.pdf

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Martins, M., Coelho, M., & Silva, P. (2011). *Manual de normas de enfermagem - procedimentos técnicos.* Lisboa.

Vilaça, S. P. (2014). *Procedimentos Específicos em contexto de Saúde Infantil e Pediátrica.* Obtido em 23 de novembro de 2018, de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/27784/3/e-book%20procedimentos%20enf%20SIeP.pdf

Walsh, K. R., & Caple, C. R. (02 de março de 2018). Nasogastric Feeding Tube: Inserting and Verifying Placement in the Pediatric Patient. *Nursing Practice & Skill*.

Walsh, K., & Woten, M. (2 de março de 2018). *Nasogastric Tube: Caring for the Patient with.* Obtido em 18 de novembro de 2018, de Nursing reference center: http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=1&sid=bab90147-ebe0-41b5-b40d-9dc9eb41f849%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#AN=T705087&db=nrc

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Alimentar entericamente pessoa/ cliente: LN (Julho2006) Revisão: GRN (Mar. 2005) Elaboração: L. Saboga, M. Coelho, M.Costa (Nov. 2002). Página 135 Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 17. ALIMENTAR A CRIANÇA/JOVEM ENTERICAMENTE POR SONDA GÁSTRICA

Ana Brito, Cátia Silva, Gonçalo Rodrigues, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de carácter autónomo e interdependente, que consiste na administração de alimentos ou soluções nutritivas, à criança/jovem, de forma contínua ou intermitente, através de uma sonda gástrica inserida por via nasal (nasogástrica) ou oral (orogástrica).

OBJETIVOS:

Garantir a alimentação e hidratação adequada da criança, quando não é possível por via oral;
Manter e/ou repor o equilíbrio hidroeletrolítico;
Manter a motilidade gastrointestinal.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Otimize o ambiente

Providencie um ambiente tranquilo e livre de distrações, que permita à criança/jovem estar calma, adequando a luminosidade, ruído e outros estímulos externos ao estado de saúde da criança. Garanta a privacidade da criança/jovem.

Prepare a criança

Explique o procedimento adequando a linguagem à idade da criança/jovem.

Permitir a colaboração da criança/jovem no procedimento, adequando ao seu estadio do desenvolvimento.

Posicione, preferencialmente, a criança em posição de semi-fowler ou fowler ou ao colo do/a cuidador/a, tendo em conta a idade e situação clínica.

Promova a parentalidade

Informe os cuidadores sobre o objetivo do procedimento e explique o mesmo.

Estimule a participação dos cuidadores no alimentar a criança/jovem, sempre que possível e indicado.

Previna complicações

Vigie o estado geral da criança/jovem antes do procedimento.

Garanta o correto posicionamento da sonda gástrica. O método para confirmação de localização da sonda mais fidedigno é a radiografia de tórax/abdómen, contudo por ser um exame auxiliar de diagnóstico com algumas desvantagens (custos adicionais, falta de recursos humanos e materiais e, essencialmente, pela exposição a radiações que colocam em causa a segurança da criança/jovem), opta-se por outros métodos considerados de segunda linha. A aspiração de conteúdo gástrico deve ser sempre associada à observação das características do conteúdo e à avaliação do pH deste através de fita reagente (se disponível). O pH do conteúdo gástrico aspirado deve ser inferior a 5, servindo de referência para confirmar que a sonda se encontra posicionada no estômago. Um pH superior a 6 é indicativo que a sonda está colocada a nível pós-piloro, sendo que um valor superior a 5 pode indicar que a sonda está colocada a nível respiratório ou intestinal.
Verifique a integridade do adesivo fixador da sonda gástrica, antes de proceder à administração da alimentação, evitando assim que o tubo possa deslocar-se durante a intervenção.
Monitorize o conteúdo gástrico, garantindo a tolerância gástrica.
Adeque a quantidade de alimento/solução a administrar, tendo em conta a tolerância gástrica e evitar sintomatologia associada à intolerância (náusea, vómito, distensão abdominal, entre outros).

Vigie a distensão abdominal. Caso exista, deve proceder no sentido da avaliação das suas causas e sequente resolução das mesmas.

Planeie o procedimento

Caso não haja prescrição, selecione o método de alimentação entérica.

MÉTODO	DESCRIÇÃO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Por *Bólus*	Administração rápida da alimentação ou medicação.	Administração de alimentos na sua composição natural (liquefeitos) ou fórmulas alimentares preparadas comercialmente; Maior facilidade de utilização.	Complicações derivadas da administração rápida; Aumenta a probabilidade de refluxo gastroesofágico; Pode provocar náuseas e vómitos;

			Pode prejudicar a tolerância gástrica da criança/jovem.
Por declive	A alimentação é administrada por declive, ou seja, coloca-se em sistema aberto e é a força da gravidade que determina a velocidade da administração; Método mais usado em pediatria.	Administração ligeiramente mais lenta; Melhor tolerância gástrica; Menor possibilidade de complicações gastrointestinais e aspiração.	Maior tempo de administração; Impossibilita a mobilidade da criança durante o tempo de administração.
Por perfusão	Administração do volume prescrito com ritmo exato regulado pela máquina perfusora; Útil para sondas gástricas muito finas e maleáveis; A administração pode ser intermitente ou contínua.	Diminuição da oscilação do gasto energético; Melhor tolerância gástrica; Diminuição da sobrecarga cardiorrespiratória; Diminuição do risco de aspiração.	Maior tempo de administração; Menor sensação de saciedade; Impossibilita a mobilidade da criança durante o tempo de administração.

Durante o procedimento:

Administre a alimentação entérica de acordo com a prescrição (*bólus*, declive ou perfusão);

Envolva a cuidadores no momento da administração da alimentação entérica;

Vigie o estado geral da criança/jovem durante a administração;

Estimule a sucção não-nutritiva no/a recém-nascido/lactente;

Em caso de intolerância (regurgitação, desconforto abdominal, náuseas e/ou vómitos), interrompa, de imediato, a administração entérica.

Após o procedimento:

Vigie a tolerância à alimentação, despistando náuseas, regurgitação, vómitos e distensão abdominal;

Lave a sonda com água estéril, utilizando a quantidade indicada para o calibre da sonda gástrica;
Promova o conforto da criança/jovem;
Promova a higienização oral da criança/jovem:
Vigie a pele na região circundante da sonda, de forma a prevenir lesões por pressão;
Garanta a mudança da sonda e/ou adesivos (segundo protocolo do serviço);
Realize os registos de enfermagem;

Promova o envolvimento parental.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Material comum a todos os métodos:

Mesa auxiliar;

Tina riniforme ou saco do lixo;

Etiquetas de identificação com nome da criança, nome, tipo de alimentação e quantidade de alimentação a administrar, data e hora de início da administração;

Tabuleiro com:

Seringa para avaliação da tolerância gástrica e confirmação do posicionamento da sonda gástrica, de acordo com o seu calibre e idade da criança/jovem;

Fita de pH para determinar o posicionamento da sonda (caso exista) ou estetoscópio;

Água estéril para lavar sonda após administração alimentação e/ou hidratação;

Resguardo descartável;

Compressas ou lenços de papel;

Clampe;

Tampa para tapar sonda (tendo em conta o tipo de sonda).

Por *bólus* ou por declive

Seringa para administração da alimentação. O tamanho da seringa depende da quantidade de alimentação administrada e da idade da criança/Jovem.

Por perfusão:

Recipiente/Frasco com o alimento para perfusão;

Bomba ou seringa perfusora;

Sistema de alimentação para conexão da seringa de alimentação à sonda - o tipo de sistema depende do tipo de sonda.

PROCEDIMENTO COMUM A TODOS OS MÉTODOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Identifique a criança e verifique a prescrição.	1. Previne erros de identificação e de prescrição.
2. Proceda à higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Explique os objetivos e o procedimento aos cuidadores, solicitando o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	3. Promove a parceria dos cuidados e diminui o stresse do/a cuidador/a.
4. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da criança/jovem.	4. Economiza tempo.
5. Otimize o ambiente.	5. Permite tranquilizar a criança.
6. Posicione a criança. (Cabeceira elevada no mínimo num ângulo de 30°, dependendo da idade da criança com ou sem contenção, sentada no berço ou ao colo dos cuidadores).	6. Previne o risco de aspiração, facilita a progressão da alimentação e a digestão.
7. Coloque o resguardo sobre a criança/jovem.	7. Protege a roupa da criança.
8. Coloque luvas e/ou EPI´s conforme a situação clínica da criança.	8. Previne a contaminação.
9. Verifique o correto posicionamento da sonda, bem como o estado do adesivo, e confirme se está de acordo com o indicado no processo de enfermagem. Garanta o seu correto posicionamento: - Aspire o conteúdo gástrico ou teste o Ph gástrico se existirem fitas reagentes no serviço, ou realize RX tórax/abdómen. Caso não se aspire conteúdo, reposicione a criança/jovem para um dos decúbitos laterais ou ambos e injete 1-2 ml de ar, tentando aspirar o conteúdo com uma seringa de 5/10 ml (conforme o tamanho da criança). Se ainda não existe conteúdo, reposicione a sonda, introduzindo-a 1 cm e tente aspirar novamente. Caso ainda não se obtenha conteúdo gástrico, injete ar, através de	9. Previne complicações, nomeadamente aspiração de conteúdo alimentar.

uma seringa 1-5ml (conforme o tamanho da criança) e oiça os ruídos hidroaéreos através de um estetoscópio (no final aspire a quantidade de ar injetada).	
10. Avalie a tolerância gástrica. Caso a criança/jovem ainda possua conteúdo gástrico deve: - Caso a quantidade aspirada seja superior a ¼ da quantidade da última administração, reintroduza o conteúdo gástrico e aguarde 30 a 60 minutos. - Caso o conteúdo gástrico aspirado seja inferior a 1/4 da quantidade da última administração, inicie a administração da alimentação entérica conforme prescrição. - Caso a criança apresente conteúdo gástrico de forma recorrente, suspenda a alimentação entérica e informe a equipa médica. - Registar as características e quantidade do conteúdo gástrico aspirado.	10. Previne complicações associadas à intolerância gástrica.
11. Administre a alimentação, conforme o método escolhido previamente.	11. Assegura o estado nutricional e de hidratação da criança/jovem.

QUANDO O MÉTODO ESCOLHIDO É ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA POR BÓLUS OU DECLIVE.

ALIMENTAR ENTERICAMENTE POR *BÓLUS* OU DECLIVE	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
12. Limpe a extremidade da seringa e desadapte a tampa.	12. Previne contaminação.
13. Conecte a seringa com a alimentação.	13. Promove o procedimento correto.
14. Proteja a adaptação da sonda à seringa com uma compressa limpa.	14. Previne o extravasamento e a sujidade.

15. **No caso de a administração ser:** **- em *bólus***, proceda à administração do alimento exercendo pressão sobre o êmbolo da seringa. Esta administração deve ser lenta. A taxa de fluxo não deve exceder os 5ml a cada 5-10 minutos nos recém-nascidos (de termo e pré-termo) e os 10ml/minuto nos lactentes e crianças, podendo levar 15 a 30 minutos a ser administrada toda a alimentação. **- por declive**, retire o êmbolo e introduza o alimento à temperatura ambiente, previamente mesurado de acordo com a prescrição médica, na seringa. Para iniciar o fluxo, dê um impulso suave com o êmbolo, removendo-o de seguida permitindo que o fluxo flua para dentro do estômago por ação da gravidade. A taxa de fluxo não deve exceder os 5ml a cada 5-10 min nos recém-nascidos (de termo e pré-termo) e os 10ml/minuto nos lactentes e crianças, podendo levar 15 a 30 min a ser administrada toda a alimentação.	15. Promove o procedimento correto e previne complicações associadas ao refluxo gastroesofágico. Permite o início do fluxo da alimentação e previne complicações associadas ao refluxo gastroesofágico.
16. No final da administração, lave a sonda com água estéril dependendo do tamanho e diâmetro da sonda. Pode administrar-se maior quantidade de água, conforme prescrição, de forma a garantir a hidratação. No caso de ser um recém-nascido não se administra água. Garanta que a sonda não fica com vestígios de leite, dando um impulso suave com o êmbolo ao retirar a seringa (não deve entrar ar no estômago).	16. Previne a contaminação e promove a hidratação.
17. Proceda ao correto encerramento da sonda através de tampa incorporada na sonda ou externa à sonda.	17. Previne o extravasamento do conteúdo gástrico.

18. Promova a eructação, se a condição da criança/jovem o permitir (elevando a cabeceira ligeiramente).	18. Promove o conforto.
19. Observe a reação da criança/jovem durante e após a administração.	19. Avalia a eficácia do procedimento e permite identificar complicações.
20. Proceda à higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.
21. Reúna e acondicione o material utilizado.	21. Promove o acondicionamento correto do material.
22. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente a alimentação e a tolerância, bem como a reação da criança/jovem. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	22. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

QUANDO O MÉTODO ESCOLHIDO É ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA POR PERFUSÃO.

ALIMENTAR ENTERICAMENTE POR PERFUSÃO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
12. Calcule o ritmo: - Determine o volume e o intervalo de tempo durante o qual procederá à administração da alimentação prescrita; - Divida o volume total em ml pelo tempo de perfusão – o resultado obtido diz respeito a ml/h.	12. Permite determinar o ritmo de administração da alimentação entérica, promove a absorção da solução administrada e evita a ocorrência de náuseas, vómito, regurgitação e diarreias;
13. Adapte o sistema de alimentação ao frasco/seringa de alimentação e expurgue por completo o sistema.	13. Evita a introdução de ar e consequentemente a ocorrência de flatulência;
14. Pendure o frasco num suporte de soro ou coloque a seringa de alimentação na máquina perfusora.	14. Promove a eficácia do procedimento.
15. Abra o regulador de fluxo e adaptar o sistema expurgado à extremidade da sonda e depois o	15. Previne complicações.

sistema à máquina perfusora (de acordo com as respetivas instruções).	
16. Programe o volume a administrar e o ritmo de administração (ml/h) na máquina perfusora.	16. Previne complicações.
17. No final da perfusão, lave a sonda com água estéril, na quantidade adequada face ao calibre e tamanho da sonda gástrica. Pode administrar-se maior quantidade de água, conforme prescrição, de forma a garantir a hidratação. No caso de ser um recém-nascido não se administra água. Garanta que a sonda não fica com vestígios de leite, dando um impulso suave com o êmbolo ao retirar a seringa (não deve entrar ar no estômago).	17. Previne a contaminação e promove a hidratação.
18. Proceda ao correto encerramento da sonda, através de tampa incorporada na sonda ou externa à sonda.	18. Previne o extravasamento do conteúdo gástrico.
19. Promova a eructação, se a condição da criança/jovem o permitir (elevando a cabeceira ligeiramente).	19. Promove o conforto.
20. Observe a reação da criança/jovem durante e após a administração.	20. Avalia a eficácia do procedimento e permite identificar complicações.
21. Proceda à higiene das mãos.	21. Previne a contaminação.
22. Reúna e acondicione o material utilizado.	22. Promove o acondicionamento correto do material.
23. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente a alimentação e a tolerância, bem como a reação da criança/jovem. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	23. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011). Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos (2ª ed). Lisboa. Ministério da Saúde.

Boeykens, K., Steeman, E., & Duysburgh, E. (2014). Reliability oh Ph measurement and the auscultatory method to confirm the position of a nasogastric tube. *International Journal of Nursing Studies 51*, pp. 1427-1433.

Braegger, C., Decsi, T., Dias, J. A., Hartman, C., Kolacek, S., Koletzko, B., . . . Van Goudoever, J. (2010). Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. (E. C. Nutrition, Ed.) *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 51*, 110-122.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guia orientador de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia Orientador de boas práticas - Cadernos da OE, II*, pp. 139-181.

Costa, M. A., Lemos, M. d., Durães, F., & Palminha, J. M. (2017). *Terapêutica Pediátrica em Ambulatório (3ª ed.). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas* (3ª ed.). Lisboa: Técnicas, Lidel – Edições.

Estevão-Costa, J. (2014). Vias para Nutrição Artificial na Criança (I): Acessos Parentéricos. *Acta Médica Portuguesa, 5*, 634 - 640.

Hallouët, P., Eggers, J., & Malaquin-Pavan, É. (2015). *Fiches de soins infirmiers* (5ª ed.). Paris: Elsevier Masson.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

Longo, M. A. (2011). Best Evidence: Nasogastric Tube Placement Verification. (M. D. Gordon, Ed.) *Journal of Pediatric Nursing, 26*, pp. 373-376. doi:10.1016/j.pedn.2011.04.030

Sharon, Y. I., Lyman, B., LaDonna, N., Jacqueline, A., & Kemper, C. (2014). Nasogastric Tube Placement and Verification in Children: Review of the Current Literature. *Critical Care Nurse, 34*, pp. 67-78.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 18. ALIMENTAR POR VIA PARENTÉRICA CRIANÇAS E JOVENS

Ana Cristina Paulo; Ana Sofia Ferreira; Corália Pinto, Micaela Duque & Mónica Costa

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de caráter interdependente, que consiste na administração intravenosa de nutrientes em situações de impossibilidade de ingestão ou absorção destes por via oral ou enteral. Pode ser por via de um cateter venoso periférico ou central.

O aporte por nutrição parentérica (NP) pode ser parcial, caso se administre parte dos nutrientes, ou total, quando se administra todos os nutrientes essenciais.

OBJETIVOS:

Fornecer líquidos e nutrientes nas quantidades necessárias de forma a manter as funções vitais e a homeostase.

Fornecer calorias e aminoácidos adequados para evitar balanços energéticos e nitrogenado negativos, o que leva à promoção de ganho ponderal e a um crescimento adequado enquanto espera pela consecução de alimentação enteral apropriada.

Recuperar e/ou manter estado nutricional.

Garantir aporte adequado de macronutrientes, evitando hipo ou hiperalimentação.

Garantir aporte adequado de micronutrientes, prevenindo, carências nutricionais.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Este procedimento está **indicado** sempre que não exista possibilidade de garantir uma nutrição entérica apropriada, devido a alguma patologia, imaturidade e/ou malformação nomeadamente:

- Malformações major do aparelho gastrointestinal, como atresia do esófago e do intestino e gastrosquise;
- Patologias que afetam o aparelho digestivo, exemplo: enterocolite necrosante e síndrome do intestino curto;
- Situações em que exista uma incapacidade total ou parcial em tolerar alimentação entérica;
- Necessidade de uma pausa alimentar prolongada.

A **apresentação das fórmulas** pode ser:

- Solução pronta a usar, de constituição fixa, comercializadas ou preparadas na farmácia hospitalar;
- Binárias ou ternárias, que contém 2 ou mais bolsas separadas com aminoácidos, glicose, vitaminas, eletrólitos e/ou oligoelementos e outra ou outras, que contenham a emulsão lipídica e vitaminas lipossolúveis.

Figura – Bolsa de nutrição binária e ternária, correspondentemente (Pignatelli, 2008)

Vias de administração da Nutrição Parentérica (NP): de um modo geral a solução com glicose e aminoácidos é administrada através de uma linha de perfusão própria, à qual se liga a de perfusão lipídica por uma conexão em forma de Y, o mais próximo do local de punção. A opção de administrar NP através da via central ou periférica depende de fatores como a duração, osmolaridade da solução, estado nutricional prévio da criança e presença de complicações.

- A **via periférica** está **indicada** caso a administração de NP esteja prevista para um período inferior a 2 semanas, na presença de bons acessos periféricos e de um bom estado nutricional prévio. Pode ser **contraindicada** caso exija punções frequentes ou limitação do suprimento energético, por ser desaconselhado a infusão de soluções hiperosmolares (> 800 mOsm/Kg) ou com uma concentração de glucose superior a 12,5%.
- A **via central** está **indicada** caso se preveja uma NP por um período extenso, necessidade de suprimento energético mais elevado em menor volume, disfunção gastrointestinal prolongada ou pós-cirurgia gastrointestinal. Pode estar **contraindicada** caso haja oposição de colocação de cateter na fase aguda de uma infeção e no caso de haver uma concentração de glicose maior que 25% ou osmolaridade superior a 1300 mOsm/Kg.
- Às soluções de NP administradas por via de cateter central deve ser adicionada heparina conforme prescrição;
- Todas as soluções de NP devem ser armazenadas a uma temperatura entre os 2 e 8ºC, protegidas da luz (seja solar, artificial ou da fototerapia);
- Para administração de NP aos recém-nascidos é preferível utilizar os cateteres centrais;

<u>Antes do procedimento:</u>

Garantir a assepsia na manipulação do sistema de NP e no cateter venoso, tanto no central como no periférico;

Fornecer a informação correta, adequada e necessária, esclarecendo eventuais dúvidas e receios. É importante que os cuidadores se encontrem familiarizados e esclarecidos com a condição de saúde da sua criança, todo o procedimento, os seus objetivos terapêuticos, e riscos associados.

Preparar a criança, explicando-lhe o procedimento de acordo com a idade:

- Toddler e Pré-Escolar: Explicar de forma clara, utilizando frases simples e palavras que façam parte do seu vocabulário;
- Escolar: Deve-se pedir a participação da criança para a ajudar na realização do procedimento. Sugere-se a demonstração do procedimento numa boneca, o que ajuda a criança a compreender melhor o que acontecerá;
- Adolescência: explicar o procedimento e as suas implicações de forma clara e esclarecedora. Dar espaço para a colocação de dúvidas.

Preparar a criança para a necessidade de colocar cateter venoso periférico ou central, pois este procedimento pode provocar insegurança nesta e/ou cuidadores;

Caso a criança já tenha acesso venoso, deve-se avaliar a sua permeabilidade, bem como verificar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção;

<u>Durante o procedimento:</u>

Verificar o correto posicionamento de todo o sistema;

Avaliar os sinais vitais da criança de forma a prevenir complicações;

Avaliar a glicemia.

<u>Após o procedimento:</u>

Manter corretamente o cateter pois a sua adequada manutenção reduz significativamente as complicações infeciosas relacionadas com a NP;

Preferencialmente, o cateter utilizado para a NP deve ser de uso exclusivo desta;

Substituir o sistema e o cateter conforme o protocolo do serviço;

A solução nutritiva deve ser trocada a cada 24horas, salvo se outra indicação pelo comerciante da solução ou da farmácia;

Avaliar a glicémia.

Envolver os cuidadores, planeando as intervenções futuras.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Folha de registo de terapêutica ou acesso ao registo informático	Bomba infusora
Etiqueta de identificação	Solução nutritiva
EPI's (bata, máscara, luvas e touca)	Campo esterilizado
Álcool etílico a 70%	Sistema de soro
Taça esterilizada	Prolongamento
	Compressas esterilizadas

ALIMENTAR POR VIA PARENTÉRICA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica.	1. Confirma a prescrição.
2. Certifique-se da identidade da criança e realize a etiqueta de identificação do/a RN/criança/jovem.	2. Previne o erro e promove o tratamento à criança certa.
3. Proceda à higienização das mãos.	3. Previne infeções.
4. Reúna o material necessário.	4. Economiza tempo e facilita o procedimento.
5. Observe o período de validade, homogeneidade do preparado, alteração da cor e integridade da embalagem.	5. Previne complicações.
6. Coloque os EPI's.	6. Previne infeções.
7. Prepare o sistema de NP: a. Abra o campo esterilizado; b. Abra o invólucro exterior da bolsa de NP e coloque-a no campo esterilizado; c. Abra a taça e as compressas esterilizadas e adicione-as ao campo esterilizado; d. Calce as luvas esterilizadas; e. Proceda à adaptação do sistema ao saco de NP; f. Preencha o sistema com a solução de NP.	7. Previne infeções e complicações.

8. Explique o procedimento à criança/jovem tendo em conta a idade, bem como aos seus cuidadores, comunicando de forma clara, objetiva e adequada ao estadio de desenvolvimento.	8. Diminui o medo, a ansiedade e obtém a colaboração e consentimento da criança e cuidadores. Promove a parceria de cuidados.
9. Feche a cortina/biombo da unidade do/a RN/criança/jovem.	9. Garante a privacidade.
10. Avalie o local de inserção do cateter venoso periférico ou cateter venoso central bem como a sua permeabilidade.	10. Previne complicações e garante a continuidade do procedimento.
11. Realize higienização das mãos.	11. Previne infeção.
12. Instale o sistema de NP à bomba infusora.	12. Permite a realização do procedimento.
13. Programe a bomba de infusão de acordo com o tempo/volume prescrito.	13. Previne complicações metabólicas.
14. Calce luvas, se necessário.	14. Previne a contaminação.
15. Proceda à desinfeção da entrada do CVP ou CVC com álcool etílico a 70% e compressa esterilizada.	15. Previne a infeção e garante a continuidade do procedimento.
16. Conecte o sistema de NP ao CVP ou CVC.	16. Idem.
17. Abra o sistema de NP.	17. Idem.
18. Retire as luvas.	18. Previne a contaminação cruzada.
19. Realize a higienização das mãos.	19. Previne infeções.
20. Recolha o material, garantindo uma unidade limpa e organizada.	20. Mantém o material arrumado e previne acidentes.
21. Realize a higienização das mãos.	21. Previne infeções.
22. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Faça os registos de Enfermagem fazendo referência ao horário de início e fim da perfusão, permeabilidade do cateter, balanço hídrico,	22. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento, identifique quem o executou e garante a continuidade dos cuidados de Enfermagem. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

glicémia antes e após a administração do preparado e intercorrências. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	

REFERÊNCIAS:

Acta Pediátrica Portuguesa. (2008). Nutrição parentérica no/a recém-nascido: 1º revisão do Consenso Nacional, 2008. *Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 39*, pp. 125-134. Obtido em 15 de novembro de 2018 de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/.../2008-Nutricao_Parenterica.pdf

Chagas, F. P. (2014). Cuidados de enfermagem na nutrição parenteral (NP). *Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP.* Obtido em 20 de novembro de 2018, de http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46781/ebook%20EMTN%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Guimarães, J. et. al. (2012). Neonatologia: Manual prático (2ª ed.) Lisboa, Portugal: Unidade e Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

Leite, M. (Fevereiro de 2014). PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de Nutrição Parental (NP). São Paulo, Brasil. Obtido em 01 de novembro de 2018, de www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/.../POP_Adm_nutricao_parenteral.pdf

Matos, M. (março de 2004). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição Parenteral. *Referência* , pp. 63-68. Obtido em 18 de novembro de 2018, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2063&id_revista=5&id_edicao=10

Pignatelli, N. (2008). *Alimentação Parentérica.* Amadora, Lisboa, Portugal: Hospital Fernando Fonseca. doi:https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1279

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

PROMOVER RESPIRAÇÃO EFETIVA

Norma 19. *Avaliar saturação periférica de oxigénio a crianças e jovens*

Norma 20. *Administrar oxigénio suplementar a crianças e jovens*

Norma 21. *Aspirar secreções a crianças e jovens*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 19. AVALIAR SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÉNIO A CRIANÇAS E JOVENS

Carla Trindade & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Consiste na avaliação da saturação arterial de oxigénio perifericamente (SpO2) através da utilização de um sensor, composto por um díodo emissor de luz e um fotodetetor. Esta avaliação poderá ser realizada de forma intermitente ou contínua, detetando precocemente a hipoxemia em diversas situações. É muito utilizado por ser um procedimento não-invasivo, ou seja, a sua utilização é simples, rápida e indolor.

OBJETIVOS:

Prevenir complicações de uma deficiente perfusão;

Adequar a administração de oxigénio às necessidades da criança/jovem;

Gerir a administração de oxigénio;

Determinar alterações e situações de risco;

Promover o bem-estar da criança/jovem.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Planeie o procedimento

A preparação do material antecipa e economiza tempo.

Promova o papel parental

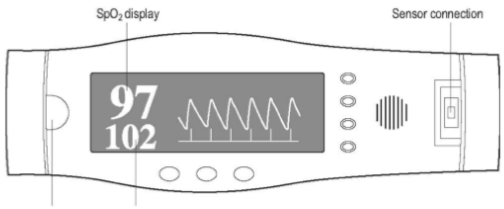
Explique o procedimento à criança e ao cuidador, de forma a diminuir níveis de stress e desconforto físico e psicológico na criança. Deve ter em conta a criança e seus cuidadores como um todo, procurando sempre satisfazer todas as suas necessidades, físicas e psicológicas. Como princípios orientadores, a prevenção e minimização da separação da criança do/a seu/ua cuidador/a e a promoção de sensação de controlo é primordial, para isso a preparação, a informação e a instrução sobre a conduta durante o procedimento ajuda a promover o apoio à criança e ao jovem.

Saiba porque é que a primeira escolha para a avaliação da SpO2 deve ser feita através do oxímetro

A utilização de um oxímetro para a realização da avaliação da SpO2 não necessita que a pele seja aquecida; não necessita de calibração, rentabiliza tempo e permite uma avaliação precisa independentemente da idade da criança/jovem, das características da pele ou da presença de patologia respiratória.

Conheça como funciona a leitura da SpO2 através do oxímetro

O díodo emissor de luz é colocado em posição oposta ao fotodetetor, este emite feixes de luz vermelha e infravermelha que atravessa a pele até ao fotodetetor. Com o díodo de luz e o fotodetetor estes permitem medir a quantidade de cada tipo de luz que é absorvida pela hemoglobina funcional (que transporta o oxigénio). A hemoglobina saturada de oxigénio absorve mais luz vermelha do que a hemoglobina não saturada, um microprocessador determina a diferença entre a absorção da luz vermelha e infravermelha, traduzindo-se na percentagem de hemoglobina saturada em oxigénio, apresentando o valor num monitor.



Exemplo de um monitor de avaliação da saturação de oxigénio

Fonte da imagen: De “Oxygen therapy for children” de World Health Organization Brown, 2016, (1ª ed.), p. 17.

Conheça os locais de colocação do sensor

Os sensores não devem ser colocados nas extremidades utilizadas para a monitorização da pressão arterial ou com cateteres arteriais, porque o fluxo arterial poderá ser afetado.

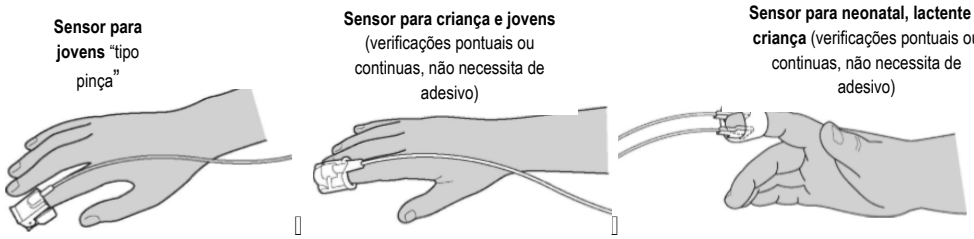
Preferencialmente coloca-se o sensor na mão ou nos dedos das mãos, em alternativa coloca-se no pé ou nos dedos dos pés, ou então no lóbulo da orelha. Para manter o sensor imobilizado utiliza-se adesivo, no pé o sensor poderá ser imobilizado com ajuda de meias confortáveis.

Conheça os vários tipos de sensores

Alguns sensores sincronizam a avaliação da SpO2 com os batimentos cardíacos reduzindo assim a interferência provocada pelos movimentos da criança.

Existe uma ampla gama de sensores disponíveis em tamanhos diferentes. É importante escolher o sensor adequada ao tamanho da criança. Alguns são descartáveis (mas podendo ser reutilizados para vários

utentes pediátricos, tendo sempre em atenção que são difíceis de limpar e o adesivo poderá desaparecer após algum uso). Os sensores são feitos de plástico ou de borracha.



Exemplos de sensor

Fonte da imagen: De "Oxygen therapy for children" de World Health Organization Brown, 2016, (1ª ed.), p. 16.

Durante o procedimento:

Posicione o lactente ou criança

De acordo com a faixa etária e tolerância do lactente e da criança.

Conheça os fatores que alteram a leitura da SpO2

Existem fatores que alteram a leitura **quando**: a saturação de oxigénio está abaixo de 70%; existe verniz na unha ou se utiliza unhas artificiais; à movimentação do sensor; existe choque em que ocorre má perfusão periférica; existe níveis elevados de carboxiemoglobina, meta-hemoglobina e de hemoglobina fetal (alteram a precisão do sensor); existe hipotermia do local de avaliação; existe fontes de calor provenientes das luzes das salas, da fototerapia, dos aquecedores e dos berços aquecidos (o sensor deverá ser tapado).

Saiba quando trocar o local da colocação do sensor e quando trocar o sensor

Durante a avaliação contínua da SpO2 nos lactentes, deve ser trocado o local em que o sensor está colocado a cada 3 a 4 horas, para prevenir queimaduras ou necrose por pressão. Nas crianças com má circulação periférica o sensor deve ser trocado com mais frequência.

O sensor deve ser trocado de acordo com as instruções do fabricante.

Após o procedimento:

Monitorize a SpO2

Através da leitura direta dos valores apresentados pelo monitor.

Realize os registos de enfermagem

Da data e hora da avaliação da SpO2, local onde está colocado o sensor, mencionando diagnósticos de enfermagem levantados e resultados obtidos, pois assim permite a continuidade dos cuidados.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Monitor que permita avaliar oximetria; Sensor adequado ao equipamento e aa criança; Material para imobilização do sensor (adesivo, meia, em caso de procedimento continuo);	Suporte informático para registo do valor da oximetria.

AVALIAR PONTUALMENTE A SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Providencie os recursos necessários.	1. Economiza tempo, organizando os cuidados.
2.Verifique se tem todos os acessórios pertencentes ao aparelho, e se o mesmo se encontra ligado a uma fonte de energia, (o monitor deverá estar conectado a uma fonte de energia quando não está a ser utilizado).	2. Economiza tempo, organizando os cuidados.
3. Proceda à higienização das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
4.Explique à criança/jovem e ao cuidador o motivo da monitorização e o seu objetivo, assim como o procedimento a realizar, tendo em conta a faixa etária da criança.	4.Reduz a ansiedade do binómio criança/cuidadores e permite que seja assegurado o direito das crianças e dos cuidadores de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. Promove a parceria de cuidados.
5. Selecione, assegurando que a irrigação capilar do local escolhido se refaz até 3 segundos, se não acontecer selecione outro local para a leitura.	5.Permite a avaliação correta da SpO2.
6. Posicione e aplique o sensor de modo a que a luz vermelha fique em oposição ao fotodetetor, o	6.Permite a avaliação correta da SpO2.

sensor deve ser de acordo com a idade e o estado de saúde da criança/jovem.	
7.Assegure que o sensor permanece sobre o local onde se colocou, utilizando adesivo ou uma meia.	7.Permite a avaliação correta da SpO2.
8.Observe os valores no monitor.	8.Identifica o diagnóstico de enfermagem.
9.Assegure a recolha do material utilizado.	9.Preserva o material e previne a transmissão cruzada de microrganismos.
10.Proceda à higienização das mãos.	10.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
11. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente em suporte legal. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	11. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Documenta de forma legal a avaliação realizada. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MONITORIZAR A SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Providencie os recursos necessários.	1. Economiza tempo, organizando os cuidados.
2.Verifique se tem todos os acessórios pertencentes ao aparelho, e se o mesmo se encontra ligado a uma fonte de energia, (o monitor deverá estar conectado a uma fonte de energia quando não está a ser utilizado).	2. Economiza tempo, organizando os cuidados.
3. Proceda à higienização das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
4.Explique à criança/jovem e ao cuidador o motivo da monitorização e o seu objetivo, assim como o procedimento a realizar, tendo em conta a faixa etária da criança.	4.Reduz a ansiedade do binómio criança/cuidadores e permite que seja assegurado o direito das crianças e dos cuidadores de receber uma informação adaptada

	à sua idade e compreensão. Promove a parceria de cuidados.
5. Selecione, assegurando que a irrigação capilar do local escolhido se refaz até 3 segundos, se não acontecer selecione outro local para a leitura.	5.Permite a avaliação correta da SpO2.
6. Posicione e aplique o sensor de modo a que a luz vermelha fique em oposição ao fotodetetor, o sensor deve ser de acordo com a idade e o estado de saúde da criança/jovem.	6.Permite a avaliação correta da SpO2.
7.Assegure que o sensor permanece sobre o local onde se colocou, utilizando adesivo ou uma meia.	7.Permite a avaliação correta da SpO2.
8.Observe os valores no monitor.	8.Identifica o diagnóstico de enfermagem.
9.Ajuste os limites e o volume dos sinais de alarme.	9. Evita falsas leituras e sinais de alarme desadequados à realidade.
10.Altere o local da avaliação de 4/4 horas ou em SOS.	10. Mantem a integridade da pele e permite que o sinal seja recebido eficazmente pelo fotodetetor.
11.Assegure a recolha do material utilizado.	11.Preserva o material e previne a transmissão cruzada de microrganismos.
12.Proceda à higienização das mãos.	12.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
13. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente em suporte legal. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	13. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Documenta de forma legal a avaliação realizada. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

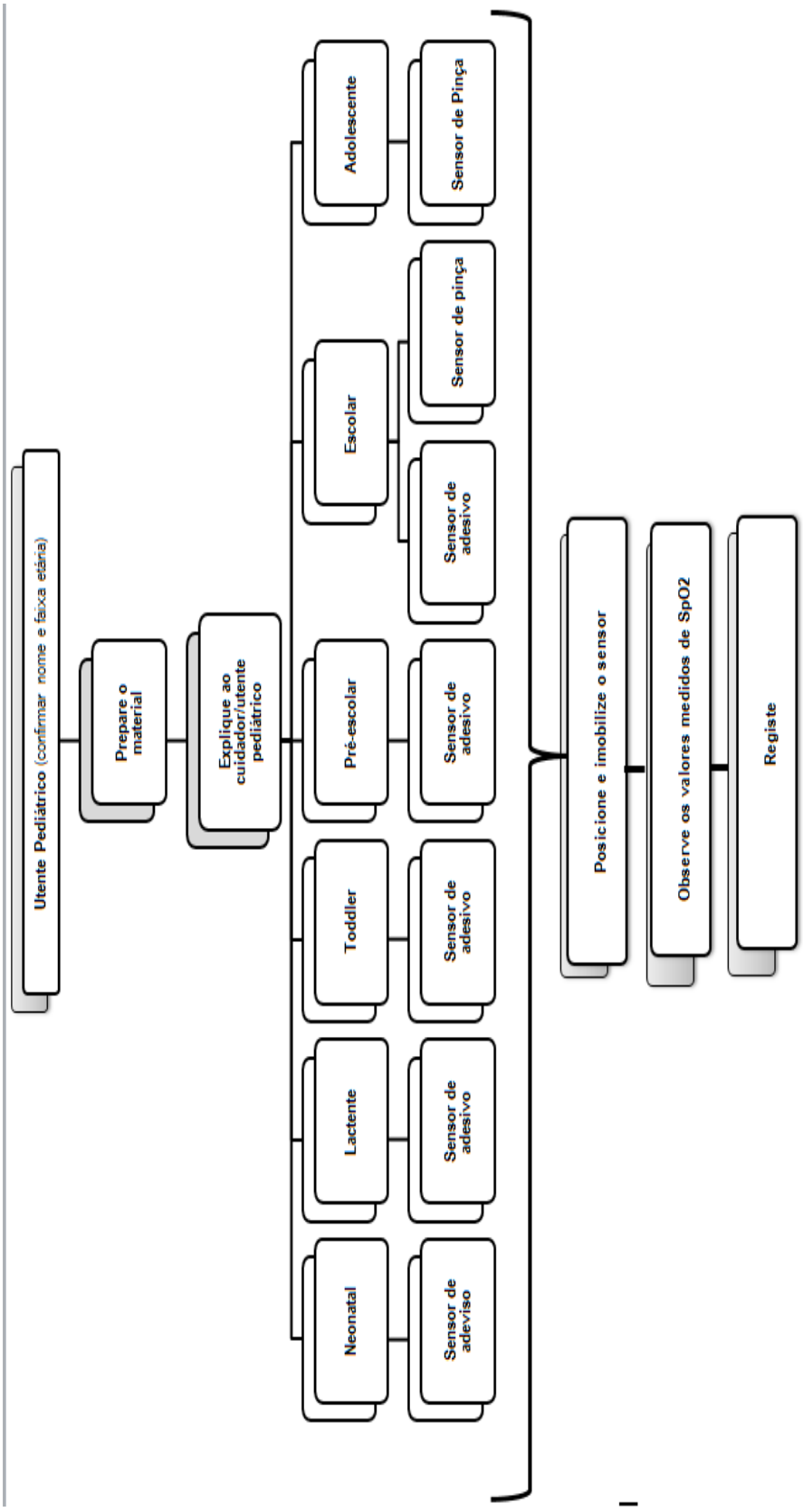
Diccini et al. (2011). Avaliação das medidas de oximetria de pulso em indivíduos sadios com esmalte de unha. Acta Paulista de Enfermagem. 24 (6), pp.784-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600009

Veiga et al. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos, 2.ªed. Lisboa: ACSS/Ministério da Saúde.

Wilson, D. (2014). A Criança com alterações na realização das trocas gasosas. Em Hockenberry, M., & Wilson, D, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª ed., Vol.II, pp.1257-1298). Loures: Lusociência.

World Health Organization. (2016). Oxygen Therapy for Children: A Manual for Health Workers.

FLUXOGRAMA:


Utente Pediátrico (confirmar nome e faixa etária)
Prepare o material
Explique ao cuidador/utente pediátrico
Neonatal
Lactente
Toddler
Pré-escolar
Escolar
Adolescente
Sensor de adeviso
Sensor de adesivo
Sensor de adesivo
Sensor de adesivo
Sensor de adesivo
Sensor de pinça
Sensor de Pinça
Posicione e imobilize o sensor
Observe os valores medidos de SpO2
Registe

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 20. ADMINISTRAR OXIGÉNIO SUPLEMENTAR A CRIANÇAS E JOVENS

Isabella Rodrigues,Mariana Brigantin,Micaella Soares,Miriam Matias,Francisco Vaz & Carla Trindade

DEFINIÇÃO:

A administração de oxigénio suplementar em pediatria é um procedimento de enfermagem de caráter interdependente, que consiste no tratamento da hipoxia por meio de inalação de oxigénio a uma pressão maior que a do ar ambiente, facilitando as trocas gasosas e reduzindo o esforço respiratório por parte da criança.

OBJETIVOS:

Diminuir a incidência e a gravidade da apneia em prematuros e a dilatação das artérias pulmonares com consequente aumento do fluxo sanguíneo;

Diminuir o esforço respiratório;

Promover uma boa oxigenação;

Prevenir a hipoxia dos tecidos;

Corrigir as alterações metabólicas motivadas pela hipoxia.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Verifique a prescrição médica

A administração de oxigénio deve ter como base a prescrição médica, uma vez que o oxigénio (O2) é classificado como um medicamento e a sua utilização indevida poderá ter repercussões. É importante ter uma fundamentação adequada na decisão da utilização de administração de O2, de acordo com a história clínica e a concentração de oxigénio necessária. Contudo, em situações de emergência, para não existir o agravamento do estado clínico da criança, poderá ser administrado O2 sem prescrição médica, sendo necessário posteriormente a obtenção da prescrição.

Antes da administração do O2 é crucial verificar a prescrição médica, verificar o tipo de dispositivo a ser utilizado, a taxa de fluxo prescrita e a sua durabilidade (contínua ou intermitente).

O sistema de administração é determinado tendo em conta o débito de O2 a ser administrado e a capacidade da criança em aceitá-lo.

Planeie o procedimento

A preparação do material antecipa e economiza tempo.

Promova o papel parental

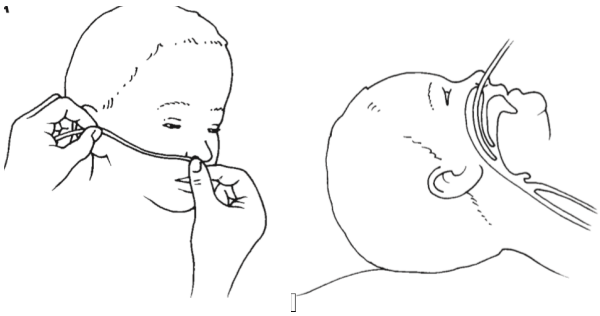
Explique procedimento à criança e ao cuidador, de forma a diminuir níveis de stress e desconforto físico e psicológico na criança. Deve ter em conta a criança e seus cuidadores como um todo, procurando sempre satisfazer todas as suas necessidades, físicas e psicológicas. Como princípios orientadores a prevenção e minimização da separação da criança dos seus cuidadores e a promoção de sensação de controlo são primordiais, para isso a preparação, a informação e a instrução sobre a conduta durante o procedimento promove o apoio aa criança.

Providencie o calibre de sonda nasal de acordo com as características da criança

Ao providenciar uma sonda nasal com um calibre ajustado às dimensões da criança permite que não existam lesões na mucosa nasal e estruturas adjacentes.

Nos **recém-nascidos** e **lactentes** devem ser usados cateteres de tamanho **8 French (Fr).** Nos **toddler** e **pré-escolar** as sondas a serem utilizados são **de 10 a 12 French**.

A medição da sonda é feita desde a asa do nariz até ao lóbulo da orelha (ver Imagem). Posteriormente é necessário inserir a sonda na profundidade medida (em lactentes é cerca de 2,5 cm). A ponta do cateter não deve ser visível abaixo da úvula. Depois da colocação da sonda nasal o fluxo deve ser ajustado entre 0,5-1l para recém-nascidos e 1-2l para lactentes e crianças mais velhas (toddler e pré-escolar).



Medição de uma sonda nasal

Fonte da imagen: De “Oxygen therapy for children” de World Health Organization Brown, 2016, (1ª ed.), p. 25.

Conheça a fisiologia da respiração normal

A respiração é o conjunto de eventos envolvidos no transporte de oxigénio (O2) desde o ambiente até à célula e de dióxido de carbono (CO2) em sentido contrário. A finalidade da respiração é proporcionar o aporte de quantidades adequadas de O2 à célula e remover quantidades adequadas de CO2 desta, a fim de manter a homeostase do meio.

Assim, a respiração pode ser dividida em quatro processos principais cuidadores:

1) Ventilação pulmonar: processo no qual o O2 contido no ar inspirado é transportado para o interior do pulmão, enquanto o CO2 é eliminado com o ar expirado (mecanismo de convecção);

2) Difusão alvéolo-capilar: no qual as moléculas de O2 são transportadas em sentido oposto ao das moléculas de CO2 (mecanismo de difusão), através das membranas que separam o ar alveolar do sangue capilar;

3) Transporte de O2 e de CO2 pelo sangue, no qual, via hemoglobina, o O2 é transportado para os tecidos, enquanto o CO2 difunde-se das células para o sangue até os pulmões;

4) Difusão no tecido, em que o consumo contínuo de O2 e a produção contínua de CO2 pelas células geram gradientes de pressão parcial entre o sangue capilar e o líquido intracelular, fazendo com que o O2 se difunda para a célula, e o CO2, para o sangue capilar.

Conheça os valores e padrões normais da respiração

A respiração do/a recém-nascido (RN) é predominante costoabdominal. A frequência respiratória normal varia entre os 40 e os 60 movimentos por minuto. Considerasse taquipneia quando, em repouso ou durante o sono, a frequência respiratória mantém-se persistentemente acima de 60 movimentos por minuto. A saturação normal de um RN após 24 horas de vida é maior ou igual a 95% e qualquer situação em que esse valor não for atingido deve ser analisada com atenção. O padrão respiratório particular do/a RN pré-termo é caracterizado por períodos de 10 a 15 segundos de movimentos respiratórios, intercalados por pausas com duração de 5 a 10 segundos cada, sem repercussões cardiovasculares. A apneia configura-se quando acontece uma pausa respiratória superior a 20 segundos, ou entre 10 e 15 segundos se for acompanhada de bradicardia, cianose ou diminuição de saturação de oxigénio.

O lactente apresenta uma respiração predominantemente abdominal. A respiração torácica nesta idade indica uma anormalidade. A frequência respiratória nesta fase consiste em 24 a 40 movimentos respiratórios por minuto.

O Toddler, com 1 ano apresenta uma frequência respiratória a variar entre 20 a 40 ciclos/minuto e com 2/3 anos varia entre 20 a 30 ciclos/minuto.

Na fase pré-escolar a respiração normal é predominantemente toraco-abdominal. A frequência respiratória nesta fase é de 22 a 34 movimentos por minuto.

Conheça os sinais e sintomas de hipoxia no/a recém-nascido, lactente, toddler e pré-escolar

Como manifestações clínicas apresentam taquipneia, dispneia, hipoxia leve a moderada e sinais de desconforto respiratório (batimento de asa de nariz e retrações da musculatura acessória da respiração – intercostais e subcostais). Também podem estar presente tosse, febre, inflamação da mucosa nasal, irritação, sonolência, ruídos adventícios na auscultação pulmonar (sibilos nas obstruções da via aérea inferior, crepitações ou roncos), expansão torácica diminuída, fase expiratória prolongada e sudorese. O gemido (fechamento da glote para aumentar a capacidade residual) é um sinal de alerta importante de fadiga, a cianose apresenta-se como um sinal tardio. Outros sinais cardiovasculares como taquicardia ou bradicardia, hipotensão, hipertensão, má perfusão periférica e pulso paradoxal indicam maior gravidade.

Conheça os riscos e limitações da administração de oxigénio complementar nos recém-nascidos, lactentes, toddler e pré-escolar

As complicações mais comuns em neonatos incluem pneumotórax, asfixia por obstrução da sonda endotraqueal, ulceração, erosão ou estreitamento das estruturas das vias respiratórias devido às pressões adjacentes e displasia broncopulmonar (em RN prematuros). Existem ainda outros efeitos nefastos como a retinopatia da prematuridade, doença pulmonar crónica, atelectasia por altas concentrações de oxigénio e danos epiteliais pulmonares devido ao stress oxidativo. A toxicidade do oxigénio pode causar traqueobronquite, depressão da atividade mucociliar, náuseas, anorexia e cefaleia sendo reversíveis com a suspensão da oxigenioterapia.

Avalie a SpO2, sabendo os valores médios de referência

Antes da administração de oxigenioterapia e no decurso do tratamento é importante avaliar a SpO2, que representa a percentagem de hemoglobina que está ligada ao oxigénio. O intervalo normal da SpO2 é entre os 95% e os 100% em crianças saudáveis. Se forem crianças com doenças pulmonares crónicas devido à prematuridade as saturações poderão estar entre os 91% e os 94%. As crianças com hipertensão pulmonar devem ter as saturações de oxigénio mantidas acima dos 95%.

Conheça os dispositivos de administração de O2

A escolha da forma de administração dependerá, principalmente, da eficiência do sistema a ser utilizado. O oxigénio pode ser administrado através de óculos nasais, sonda nasal ou máscara facial. Independentemente do método a administrar deve ser utilizado gás aquecido.

Método de administração	Débito de oxigénio	FIO2	Observações
Óculos nasais (Dispositivo de plástico ou silicone, composto por duas pontas que se projetam em direção às narinas, com vários tamanhos pediátricos) 	4-5l/min	Entre 24 a 40%	Indicado para situações de apneia e hipoventilação, insuficiência respiratória ou cardiovascular com necessidade de pressão positiva, alterações da função da caixa torácica, obstrução da via aérea superior, controle da PaCO2. Este é um método de administração de oxigénio de baixo fluxo e concentração, é bem tolerado em lactentes, *toddler* e pré-escolares. É um dispositivo de fácil colocação, pode causar irritação da mucosa nasal. É necessário conectar o cateter à mangueira do humidificador e ajustar fluxo de O2 não se deve ultrapassar os 2 l/min em neonatos e os 3l/min nos *toddler* e nos pré-escolar.
Cateter nasal (tubo de plástico ou de silicone, fino e flexível, com pequenos orifícios distais) 	Até 5l/min	Entre 24 a 40%	Este método de baixo fluxo é pouco utilizado e muitas vezes desaconselhado em pediatria, aumentando o risco de hemorragias por trauma nos adenoides aumentados e alterando a resistência da via nasal podendo prejudicar o trabalho respiratório, além disto pode produzir distensão

			gástrica e complicações esofágicas se for colocado erroneamente no esófago. É necessário conectar a sonda à mangueira do humidificador e ajustar fluxo de O2, no máximo deve ser ajustado até 2 l/min em neonatos.
Máscara simples sem reservatório (máscara projetada para cobrir a boca e o nariz do utente, tamanho pediátrico) 	5 a 12 l/min	40 a 60%	A criança expira diretamente através dos orifícios laterais da máscara. O seu uso é indicado por curtos períodos de tempo com concentração moderada de O2 em crianças que apresentem sinais clínicos evidentes de hipoxia/hipoxemia. Apresenta desvantagens como desconforto, difícil fixação, interferência na alimentação e na aspiração das vias aéreas, além disso, algumas crianças podem apresentar claustrofobia.
Máscara de Venturi (máscara simples que é adaptada a uma conexão tipo traqueia, conectada ao Venturi, com uma abertura variável, determinando o fluxo e a concentração de oxigénio desejado. O sistema é adaptado a um extensor de látex ou plástico	3 a 8 l/min	25 e 60%	Este método permite a inalação de ar ambiente misturado ao oxigénio fornecido. O fluxo e a concentração de O2 são determinados pelo dispositivo no qual são diferenciados por cores. A cor do dispositivo reflete a concentração de oxigénio empregada: 24%: azul; 28%:

conectado ao humidificador, tamanho pediátrico) 			branco; 31%: alaranjado; 35%: amarelo; 40%: vermelho; 60%: verde. É indicado para utentes com insuficiência respiratória crítica. É um método utilizado quando a criança requer uma concentração moderada ou alta de O2, através dele é possível controlar o O2 inspirado.
Máscara de reinalação parcial (máscara facial plástica simples e transparente acoplada a uma bolsa com reservatório, tamanho pediátrico) 	6 a 10 l/min	35 a 60%.	Durante a expiração, uma parte do ar entra na bolsa e combina-se com o oxigénio fresco, ocorrendo uma troca rica em O2, pois durante a inspiração, a criança extrai predominantemente o oxigénio fresco da bolsa reservatório. É indicado para utentes pediátricos que requerem uma concentração alta de O2, mas geralmente tem pouca adesão por parte destas. Este dipositivo deve estar com a bolsa reservatória cheia a 2/3, para permitir o seu correto funcionamento e reinalação do CO2 presente na bolsa reservatório.
Máscara de não-reinalação (máscara facial plástica simples e transparente acoplada a uma bolsa com reservatório e válvula que	6 a 15 l/min	55 a 95%	A máscara possui uma válvula inspiratória localizada no topo da bolsa, enquanto as válvulas expiratórias cobrem as portas de expiração sobre o corpo da máscara. Durante

impede a reinalação unidirecional, tamanho pediátrico) 			a inspiração da criança uma pressão negativa discreta na máscara fecha a válvula expiratória. Ao mesmo tempo, a válvula inspiratória se abre, fornecendo oxigénio aa criança. É indicado para utentes pediátricos com insuficiência respiratória grave ou aguda. Deve verificar-se a válvula exalatória presente na máscara confirmando se está fechada. A bolsa reservatória deve estar sempre inflada.
<u>Outras formas de administração de O2 menos utilizadas:</u> ***Hood*** https://www.medicalexpo.com/pt/prod/galemed-corporation/product-68550-510539.html ***Blow-by*** (tubo de O2; traqueia de plástico; máscara dirigida para o lactente /criança a uma distância de 5 a 7 cm do nariz e da boca do lactente/criança)	Pelo menos 4 a 5 l/min (para serem mantidas concentrações de O2 e eliminação do CO2) Utilizado para baixas concentrações de O2 (<30%)		Cuidados de enfermagem podem ser realizados sem interromper a administração de oxigénio. A cânula de ligação do oxigénio ao *hood* não deve ser posicionada diretamente na face. O *hood* não deve tocar na região cervical, mento e ombros do lactente. Este método não é o mais indicado para a administração de O2 suplementar.

Garanta a humidificação do O2

A humidificação do oxigénio é importante, pois evita a desidratação das mucosas e protege o funcionamento alveolar. Quando o oxigénio é fornecido a uma taxa de fluxo padrão 0,5-1l/min para um recém-nascido, 1-2l/min para um lactente, 1-4 l/min para um Toddler, através de óculos nasais a humidificação não é necessária.

Garanta o O2 necessário a administrar durante um transporte

Para o transporte de utentes pediátricos com administração contínua de oxigénio suplementar é necessário utilizar uma garrafa de oxigénio portátil e em determinadas situações é particularmente importante saber se o ar contido no seu interior é suficiente para acompanhar os acompanhar até ao seu destino. O cálculo do tempo de aporte de oxigénio permitido por uma bala de oxigénio portátil faz-se com algumas informações inscritas no corpo da garrafa, do seguinte modo:

$$Tempo = \frac{Capacidade\ da\ garrafa\ x\ Pressão\ máxima}{Débito\ prescrito}$$

A utilização de garrafas de oxigénio requer que sejam cumpridas as seguintes condições de segurança: 1) Não fazer lume perto da garrafa; 2) Suspender aquecimentos e aparelhos elétricos durante o funcionamento do gás; 3) Não usar lubrificantes ou gorduras no seu manuseamento; 4) Não utilizar líquidos voláteis; 5) Evitar ambientes sobreaquecidos; 6) Manter as garrafas fechadas quando não estejam em uso, mesmo que vazias.

Durante o procedimento:

Posicione o lactente ou criança

De acordo com a faixa etária.

Altere o local da sonsa nasal

Quando a administração de oxigénio é através de sonda nasal, proceda sempre que possível à alternância da narina. Substitua sempre que necessário a sonda nasal, assim como o adesivo de fixação, alternando o local de fixação a fim de evitar o aparecimento de ulcerações na asa do nariz, assim o adesivo de fixação da sonda deverá ser trocado diariamente e sempre que necessário.

Avalie possíveis sinais de lesões cutâneas

A pele do/a recém-nascido apresenta particularidades que diferem de acordo com a raça e com a idade gestacional e estas características têm de ser conhecidas pelos profissionais de enfermagem com a finalidade de se preservar a integridade da pele dos recém-nascidos, assim como dos lactentes e *toddler*.

As lesões causadas na pele predispõem aa criança risco a infeções, podendo causar sequelas, cicatrizes e aumentar o tempo de internamento. Os profissionais de enfermagem devem avaliar regularmente a pele e verificar sinais de irritação por baixo das cânulas nasais, máscaras e outros dispositivos. Como forma de combater as lesões,

Substitua o material de administração de oxigénio

Os óculos nasais, as máscaras e os tubos de conexão só necessitam de ser substituídos de utente pediátrico para utente pediátrico sendo, no entanto, recomendável que sejam lavados periodicamente. Todos os dispositivos de administração de oxigénio (óculos nasais, sondas de oxigénio, máscaras de venturi) - são de uso único para cada utente pediátrico. Em relação aos copos humidificadores recomenda-se a utilização de copos de uso único não necessitando estes, de serem substituídos antes de se encontrarem vazios.

Tenha atenção aos cuidados (segurança) que deve ter na administração de O2

Na administração de oxigenioterapia há cuidados inerentes na sua administração para a segurança e controlo de possíveis complicações que possam surgir, que são:

1) Todos os RN em tratamento de O2 devem estar conectados a um oxímetro de pulso permitindo monitorizar de forma contínua a SpO2, além de diagnosticar a hipoxia, permite avaliar dos níveis de O2 no sangue evitando efeitos tóxicos ao/a RN tanto a termo como no prematuro;

2) Deve haver a monitorização contínua de todos os sinais vitais no mínimo de três em três horas e avaliação dos ruídos respiratórios que indiquem a presença de secreções pulmonares; alterações nos níveis de oxigenação e presença de agitação do/a RN;

3) Verifique frequentemente o fluxo de O2 e observe roturas ou oscilações. Mantenha o nível da água indicado no humidificador de O2; lave o frasco diariamente e troque a água, identificando-a com data, hora e assinatura de quem trocou.

4) Mantenha decúbito elevado do/a RN com coxim sobre os ombros facilitando a oxigenação; aspiração das vias aéreas superiores sempre que necessário; evite roupas apertadas ou cobertores pesados, pois interferem na expansão torácica; realize higiene diária de acordo com as condições da criança;

5) Independentemente de como o O2 é administrado, ele deve ser aquecido (36 a 37°C) e humedecido para evitar secreções frias, ressecadas e broncospasmo.

Não suspenda a administração de oxigénio de forma súbita

A administração de O2 deverá ser interrompida quando as SpO2 estiverem estáveis com fluxos mínimos de oxigénio em duas observações consecutivas. Quando a administração de oxigénio for suspensa é importante monitorizar a SpO2 por 5 minutos. Se a SpO2 diminuir é prudente reiniciar a administração de O2. Se estiverem estáveis deverá continuar a monitorizar durante 1h.

Garanta que todos os dispositivos de administração de oxigénio são de uso único

Os dispositivos de administração de oxigénio devem ser de uso único para prevenir o aparecimento de infeções, que irão agravar a situação clínica da criança.

Após o procedimento:

Avalie a resposta ao tratamento

Observe as características da respiração comparando com os valores aferidos antes do procedimento. Se houve redução da inquietação e do esforço respiratório, melhora da cianose e outros sintomas e retorno aos parâmetros normais dos sinais vitais, deverá ser verificada a necessidade de permanecer ou não a oxigenioterapia.

Avalie Sinais Vitais

A existência de alterações na avaliação de determinados sinais vitais, nomeadamente na frequência respiratória, cardíaca e tensão arterial poderá significar transtornos no padrão respiratório, necessidade de continuar, ou parar a administração suplementar de O2.

Monitorize SpO2

A monitorização adequada permite o controlo de efeitos tóxicos e colaterais do O2, sendo os mais conhecidos aqueles que afetam a retina e os pulmões, além disso proporciona uma rápida avaliação da situação e suspensão da oxigenioterapia.

Identifique possíveis problemas decorrentes da administração de oxigénio

A posição incorreta da interface para administrar oO2, fornece um fluxo incorreto de O2 podendo resultar no aumento da resistência pulmonar, limitação do crescimento somático e morte súbita em crianças com doença pulmonar crónica.

Realize os registos de enfermagem

Mencionando os diagnósticos de enfermagem levantados e resultados obtidos, interferências, pois permitem a continuidade dos cuidados.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Fonte de oxigénio (rampa ou bala de oxigénio);	Dispositivo de administração de oxigénio;
Debitómetro;	Lubrificante hidrossolúvel (para sonda nasal);
Adesivo (para sonda nasal);	Material para higiene nasal, se necessário;

Água destilada; Compressas limpas; Copo humidificador; Cuvete Reniforme;	Oxímetro de pulso; Tesoura; Tubo de conexão.

ADMINISTRAR OXIGÉNIO SUPLEMENTAR (ÓCULOS NASAIS OU MÁSCARA)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica.	1. Permite confirmar a requisição obrigatório do procedimento.
2. Prepare e reúna o material necessário e transporte-o para a unidade da criança.	2. Economiza tempo, organizando os cuidados.
3. Verifique o funcionamento do Debitómetro e a integridade de restante material.	3. Economiza tempo e assegura a segurança da criança.
4. Proceda à higienização das mãos.	4.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
5. Identifique a criança	5.Previne erros e garante a realização do procedimento aa criança correto.
6. Explique o procedimento aa criança de acordo com o seu estádio de desenvolvimento e aos cuidadores.	6. Permite que seja assegurado o direito dos utentes pediátricos e dos cuidadores de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. Promove a parceria de cuidados.
7. Assegurar a privacidade.	7. Possibilita que a intimidade da criança seja respeitada.
8. Peça aos cuidadores colaboração para que a criança fique calmo durante o procedimento sugerindo formas de consolo.	8. Proporciona conforto e facilita a realização do procedimento.
9. Posicione-o em posição semifowler (ou apenas com a cabeceira elevada, quando possível). Poderá ser utilizado almofadas para obtenção da posição ideal, por baixo da cama.	9. Promove a expansão torácica.

10. Monitorize os sinais vitais (com especial atenção à frequência respiratória).	10. Permite detetar complicações e melhorias.
11. Preencha o copo humidificador com água destilada, adapte ao debitómetro da rampa ou à bala de oxigénio.	11. Permite a hidratação das mucosas e administração de O2.
12. Adapte o tubo de conexão ao humidificador.	12. Permite a hidratação das mucosas e administração de O2.
13. Conecte a parte distal do tubo ao dispositivo de administração de O2 suplementar (óculos nasais ou máscara) e regule o debitómetro para a quantidade prescrita ou o correspondente à válvula de FiO2 e verifique se o O2 está a fluir através do sistema.	13. Permite a administração de O2 suplementar, proporciona o aporte de O2 prescrito e expurga o sistema de eventuais resíduos (evitando assim a sua introdução na árvore brônquica).
14. Administre oxigénio através de: **óculos nasais**: Introduza cada uma das pontas dos óculos em cada narina, passe a conexão da cabeça ao redor das orelhas da criança e ajuste-a sob o queixo ou passe ao redor e atrás da cabeça e ajuste-a. Instrua, se possível, a criança a respirar pelo nariz; **máscara**: Com as alças elásticas frouxas, coloque a máscara de oxigénio sobre o nariz e a boca e passe o elástico para a região occipital ajustando, posteriormente, as alças com um dedo de distância da face. Se possível, proteger o elástico de fixação com uma compressa dobrada em cada pavilhão auricular.	14. Permite a administração de O2, proporciona o aporte de oxigénio e evita a ocorrência de fugas. A utilização de compressas na fixação do elástico previne alterações da integridade cutânea.
15. Avalie a resposta da criança à administração de O2 suplementar por meio da avaliação de sinais vitais, nível de conforto, comportamento e aparência física.	15. Promove a avaliação da eficácia do procedimento, na melhoria dos sinais de oxigenação.

16. Forneça um feedback positivo aa criança e aos cuidadores.	16. Difunde reforço positivo de forma a reassegurar e promover segurança dos cuidadores.
17. Instrua aos cuidadores a referir caso note alguma irritação ou eritema em qualquer ponto de pressão do dispositivo utilizado.	17. Promove o empoderamento dos cuidadores/ cuidadores.
18. Recolha o material.	18. Promove a organização do espaço e a correta separação e desperdício dos resíduos.
19. Proceda a higienização das mãos.	19. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
20. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe e documente em suporte legal: Data e Hora de início; descrição do procedimento, abrangendo o dispositivo de fornecimento de O2 utilizado e a respetiva taxa de fluxo de O2; informação sobre a avaliação clínica antes e após a oxigenioterapia (com sinais vitais, SpO2 e quaisquer sinais de hipoxia, dor, desconforto. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados	20. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ADMINISTRAR OXIGÉNIO SUPLEMENTAR (SONDA NASAL)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica.	1. Permite confirmar a requisição obrigatório do procedimento.
2. Prepare e reúna o material necessário e transporte-o para a unidade da criança.	2. Economiza tempo, organizando os cuidados.

3. Verifique o funcionamento do Debitómetro e a integridade de restante material.	3. Economiza tempo e assegura a segurança da criança.
4. Proceda à higienização das mãos.	4.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
5. Identifique a criança	5.Previne erros e garante a realização do procedimento aa criança correto.
6. Explique o procedimento aa criança de acordo com o seu estádio de desenvolvimento e aos cuidadores.	6. Permite que seja assegurado o direito dos utentes pediátricos e dos cuidadores de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão.
7. Assegurar a privacidade.	7. Possibilita que a intimidade da criança seja respeitada.
8. Peça aos cuidadores colaboração para que a criança fique calmo durante o procedimento sugerindo formas de consolo.	8. Proporciona conforto e facilita a realização do procedimento.
9. Posicione-o em posição semifowler (ou apenas com a cabeceira elevada, quando possível). Poderá ser utilizado almofadas para obtenção da posição ideal, por baixo da cama.	9. Promove a expansão torácica.
10. Monitorize os sinais vitais (com especial atenção à frequência respiratória).	10. Permite detetar complicações e melhorias.
11. Preencha o copo humidificador com água destilada, adapte ao debitómetro da rampa ou à bala de oxigénio.	11. Permite a hidratação das mucosas e administração de O2.
12. Adapte o tubo de conexão ao humidificador.	12. Permite a hidratação das mucosas e administração de O2.
13. Coloque luvas limpas;	13. Evita contaminação.
14. Observe ambas as narinas para despistar presença de feridas/irritações e proceda a limpeza. Caso a criança já tenha, previamente, iniciado administração de O2 suplementar: remova a sonda de O2; assista a criança, os	14. Assegura a permeabilidade das vias aéreas superiores e previne alterações da integridade cutânea.

cuidadores/ cuidadores ou realize a higiene da boca e do nariz e retire luvas limpas.	
15. Marque a distância entre a asa do nariz até a margem interna da sobrancelha, sem retirar embalagem da sonda nasal.	15. Permite determinar o comprimento da sonda a introduzir nas fossas nasais.
16. Lubrifique a extremidade da sonda que será inserida com lubrificante hidrossolúvel.	16.Facilita a introdução da sonda e evita traumatismos.
17. Insira a sonda na profundidade medida com movimentos semicirculares.	17.Facilita a introdução da sonda e evita traumatismos.
18. Adapte a sonda ao tubo de conexão.	18. Permite a administração de oxigénio.
19. Fixe a sonda com adesivo sem pressionar o nariz.	19. Fornece estabilidade à sonda.
20. Regule o debitómetro de acordo com a prescrição médica.	20. Proporciona o aporte de oxigénio prescrito.
21. Avalie a resposta da criança à administração de O2 suplementar por meio da avaliação de sinais vitais, nível de conforto, comportamento e aparência física.	21. Promove a avaliação da eficácia do procedimento, na melhoria dos sinais de oxigenação.
22. Forneça um feedback positivo aa criança e aos cuidadores.	22. Difunde reforço positivo de forma a reassegurar e promover segurança dos cuidadores.
23. Instrua aos cuidadores a referir caso note alguma irritação ou eritema em qualquer ponto de pressão do dispositivo utilizado.	23. Promove o empoderamento dos cuidadores/ cuidadores.
24. Recolha o material.	24. Promove a organização do espaço e a correta separação e desperdício dos resíduos.
25. Proceda a higienização das mãos.	25. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
26. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	26. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração.

Registe e documente em suporte legal: Data e Hora de início; descrição do procedimento, abrangendo o dispositivo de fornecimento de O2 utilizado e a respetiva taxa de fluxo de O2; informação sobre a avaliação clínica antes e após a oxigenioterapia (com sinais vitais, SpO2 e quaisquer sinais de hipoxia, dor, desconforto. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados	Documenta legalmente a administração. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Adde, F.; Alvarez, A.; Barbisan, B. & Guimarães, B. (2012). Recommendations for Long-Term Home Oxygen Therapy in Children and Adolescents. Jornal de Pediatria.

Anelise D. Pinzona, T. S. (2013). Ventilação oscilatória de alta frequência em crianças com síndrome da angústia respiratória aguda: experiência. pp. 1-7.

Camargo, P. D.; Pinheiro, A.; Hercos, A. & Ferrari, G. (2008). Oxigenioterapia Inalatória em Pacientes Pediátricos Internados em Hospital Universitário. Revista Paulista de Pediatria.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2018). Prescrição, administração e monitorização de oxigenioterapia em ambiente hospitalar. Norma de Orientação Clínica (NOC).

Centro Hospitalar Santa Maria. (2014). Norma: Prevenção da Pneumonia. Comissão de Controlo de Infeção.

Ferreira, Margarida; Franco, Paula; Leal Paula. Norma de Procedimento de Enfermagem: Executar OxigenioterapiaIn Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual jun. 2006_ Técnicas de Enfermagem (Vol I, pp.339-344). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Forton, J.; Lewis, A.; Wheeler, L.; McArtney, R.; Gowman, A.; Glover, M.; Williams, L. (2014). Oxygen Therapy and Prescription for Paediatric Inpantiens. New All Wales Prescription Chart.

García, A. (2011). Ventilación Y Oxigenación en Situaciones. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria.

González, N. (2004). Introdução à fisiologia respiratória: aspectos mecânicos da ventilação (7º ed.). Brasil, Porto Alegre: Artmed.

Guideline for The Prescription and Administration of Oxygen in Children. (S.D). Greater Glasgow and Clyde

Hay, W. W. & Bell, E. F. (2000). Oxygen therapy, oxygen toxicity and the STOPROP trial. Obtido de http://pediatrics.aappublications.org/content/105/2/424.short

Jordão, J., Cunha, M., & Alarcão, R. (2015). Manual para o cuidador. Obtido de http://www.usfcondeixa.com/documentos/Manual%20para%20o%20Cuidador%20%20Utente.pdf

Kliegman, M. R. & Karen, M. (2016). Nelson Principios de Pediatria (7º ed.). Portugal: Elsevier.

Kyle, T. (2011). Enfermagem Pediátrica. ISBN 978-85-277-1750-2.

Lúcia, M. P. & Ivone, E. C. (2001). Conhecimentos essenciais no cuidado à criança em oxigenioterapia.

Potter, S. & Perry, H, (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição. Elsevier Editora, Ltda. ISBN: 978-85-352-6153-0.

Scanlan, C.; Wilkins, R. & Stoller, J. (2000). Fundamentos da terapia respiratória de Egan (7º ed.). São Paulo, Brasil: Manole.

Scortegagna, D. & Souto, M. (2014). Oxigenioterapia. Em Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica.

Soares, M. (2012). A pessoa com oxigenioterapia de longa duração - Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14972/1/A%20PESSOA%20COM%20OXIGENOTERAPIA%20DE%20LONGA%20DURA%C3%87%C3%83O.pdf

Sousa, A. D.; Monte, E.; Miranda, I.; Moura, M.; Monteiro, C. & Araújo, T. (2011). O Cuidado de Enfermagem com a Pele do/a recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.

Veiga et al. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos, 2.ªed. Lisboa: ACSS/Ministério da Saúde.

Warnica, J. (2018). Suporte respiratório em neonatos e lactentes. Obtido de https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbiosrespirat%C3%B3rios-em-rec%C3%A9m-nascidos,-lactentes-e-crian%C3%A7as/suporterespirat%C3%B3rio-

Wilson, D. (2014). A criança com alterações na realização das trocas gasosas. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. II, pp. 1257-1298). Loures: Lusociência.

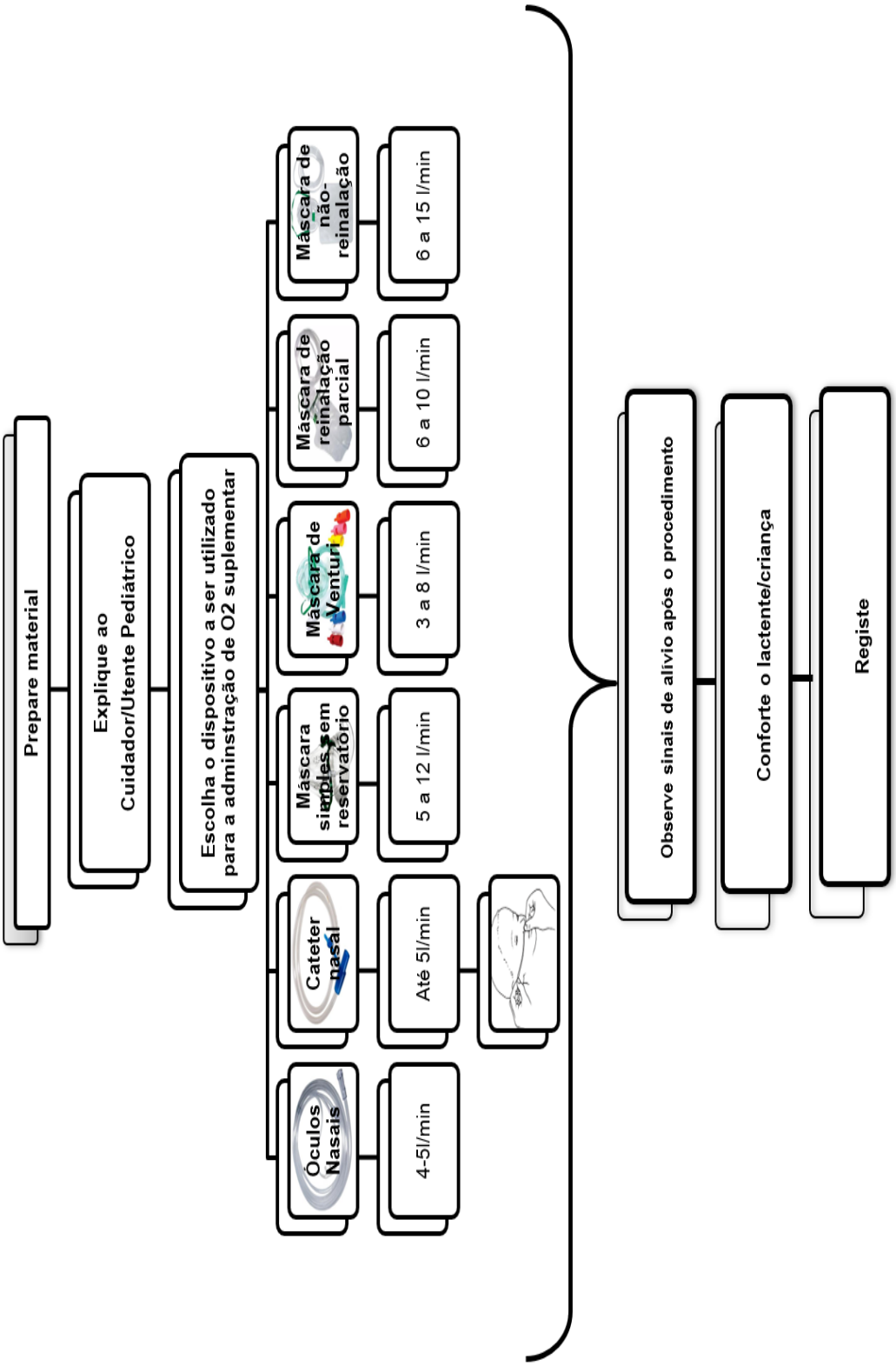
World Health Organization. (2013). Pocket book of hospital care for children: guidelines for manage. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43206/9241546700.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2016). Oxygen Therapy for Children: A Manula for Health Workers.

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Executar Oxigenioterapia: LN (Julho2006) Revisão: GRN (Mar. 2005) Elaboração: Margarida Ferreira, Paula Franco, Paula Leal (Nov. 2002). Página 339. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

FLUXOGRAMA:


Prepare material
Explique ao Cuidador/Utente Pediátrico
Escolha o dispositivo a ser utilizado para a adminstração de O2 suplementar
Óculos Nasais
4-5l/min
Cateter nasal
Até 5l/min
Máscara simples sem reservatório
5 a 12 l/min
Máscara de Venturi
3 a 8 l/min
Máscara de reinalação parcial
6 a 10 l/min
Máscara de não-reinalação
6 a 15 l/min
Observe sinais de alivio após o procedimento
Conforte o lactente/criança
Registe

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 21. ASPIRAR SECREÇÕES A CRIANÇAS E JOVENS

Cláudia Jacinto, Lígia Tibério, Patrícia Balancho, Ana Lúcia Ramos & Carla Trindade

DEFINIÇÃO:

Consiste na remoção passiva das secreções traqueobrônquicas através da introdução na orofaringe, nasofaringe ou via respiratória artificial (tubo endotraqueal ou traqueostomia), de uma sonda estéril conectada a um sistema de sucção com pressões negativas, sempre que a criança não tenha a capacidade de as mobilizar de forma autónoma.

OBJETIVOS:

Manter vias respiratórias permeáveis;

Remover secreções pulmonar;

Prevenir a estase de secreções;

Promover a expansão pulmonar e as trocas gasosas;

Obter secreções para análise.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Planeie o procedimento

A preparação do material antecipa e economiza tempo.

Promova o papel parental

Explique procedimento à criança e ao cuidador, de forma a diminuir níveis de stress e desconforto físico e psicológico. Deve ter em conta a criança e seus cuidadores como um todo, procurando sempre satisfazer todas as suas necessidades, físicas e psicológicas. Como princípios orientadores a prevenção e minimização da separação da criança dos seus cuidadores e a promoção de sensação de controlo são primordiais, para isso a preparação, a informação e a instrução sobre a conduta durante o procedimento ajuda a promover o apoio à criança.

Monitorize sinais vitais

Se dor ou desconforto, aplique medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da mesma.

Se necessário, coloque oxímetro de pulso no lactente/criança para avaliar a Saturação Periférica de Oxigénio (SpO2) e Frequência Cardíaca (FC). Se a criança necessitar de administração de oxigénio suplementar deverá ser aumentado o aporte antes da aspiração assim previne ou minimiza a lesão corporal e a dor.

Durante o procedimento:

Posicione a criança

As vias aéreas desenvolvem-se mais rapidamente do que a região cervical e torácica da coluna vertebral. Consequentemente, a laringe e a traqueia estão mais inferiorizadas relativamente à parte superior da coluna. Por exemplo, na criança, a bifurcação da traqueia que fica anterior à 3ª vértebra torácica, desce para a 4ª vértebra no adulto. Da mesma forma, na criança a cartilagem cricoideia está situada na mesma direção da 4º vértebra cervical em detrimento da 6ª vértebra cervical no adulto. Estas alterações anatómicas causam diferenças no ângulo de acesso à traqueia nas diferentes idades, pelo que O/a enfermeiro/a deve ter este aspeto em consideração quando posiciona o lactente ou a criança, nomeadamente para realizar a aspiração de secreções. Assim no lactente deve ser utilizada a posição fetal e nas crianças a posição de Fowler ou semi-Fowler, promovendo a expansão pulmonar e tosse efetiva, posicionar a criança com a cabeceira a 30 graus poderá também facilitar.

Um outro aspeto que pode facilitar é a contenção, reduz a dor da aspiração em bebés pequenos.

Gira a frequência de aspiração, a duração de aspiração e a pressão de aspiração

Em cada aspiração, a criança deve descansar entre 30 a 60 segundos, de forma a permitir, caso necessário, que a SpO2 estabilize, a aspiração de secreções deve ser limitada a cerca de três repetições num período.

A duração da aspiração não deve exceder os 5 segundos nos neonatais e lactentes, os 10 segundos nas crianças e os 10-15 segundos nos jovens. Uma forma para evitar exceder o tempo estipulado na realização desta técnica é realizar contagem enquanto se aspira sendo um método simples para monitorizar o tempo de aspiração.

A pressão de aspiração para os neonatais de pré-termo é entre os 40 a 60mmHg, para os neonatais de termo é de 60 a 80mmHg, nos lactentes e crianças é de 80 e 100mmHg e nos jovens é entre e os 80 e 120mmHg.

Na aspiração de secreções via tubo endotraqueal em recém-nascidos deve ser executada apenas na presença de secreções visíveis, devendo o tempo de aspiração ser inferior a 15 segundos e a pressão de sucção inferior a 100mmHg negativos.

Escolha o diâmetro da sonda para a realização de aspiração

Se a sonda de aspiração tiver um calibre muito grande, pode obstruir as vias aéreas e causar atelectasia e hipoxemia, recomenda-se para que seja utilizada a menor sonda de aspiração possível capaz de remover adequadamente as secreções. Na criança com TET ou com traqueostomia o diâmetro da sonda de aspiração não deva ultrapassar 50% do diâmetro do TET e da cânula de traqueostomia.

Instilação de solução salina

A utilização prévia de instilação de solução salina à aspiração deve ser minimizada pois existe a possibilidade de uma diminuição significativa dos níveis de SpO2, além disso pode existir aumento de efeitos adversos, como maior risco de infeções e aumento do tempo de ventilação mecânica associada à sua utilização. Deve evitar-se a utilização desta técnica, tentando fluidificar as secreções de forma alternativa e, em caso de secreções muito espessas, tentar a sua aspiração eficaz através do aumento do calibre da sonda e da pressão de aspiração, não ultrapassando os limites já estabelecidos.

Este deve ser utilizado como recurso para a fluidificação de secreções que não sejam aspiráveis sem a utilização do mesmo ou, por outro lado, aquando obstrução do tubo orotraqueal. Deve ainda ser instilada a menor quantidade possível de soro fisiológico, uma vez que a quantidade utilizada também ela está relacionada com maior número de complicações.

Hiperoxigenação

Não deve ser utilizada por rotina, devendo ser apenas indicada quando o/a recém-nascido apresenta uma redução clinicamente importante da saturação periférica de oxigénio durante a aspiração.

Para prevenir a ocorrência de hipoxemia, no Lactente poderá ser aumentado 10% em relação ao valor basal, nas criança e adolescentes pode administrado oxigénio com FiO2 de 100% de FiO2 antes e após a aspiração de secreções.

Na aspiração endotraqueal deve ser realizada uma hiperoxigenação previamente para minimizar a hipoxemia induzida pelo procedimento. É recomendada a pré-oxigenação 30 - 60 segundos antes, durante e 1 minuto após a aspiração endotraqueal, com fração inspirada de oxigênio 10 - 20% maior que a anterior ao procedimento.

Utilize Precauções Básicas de Controlo de Infeção

Devem ser tidas em conta aquando da realização da técnica de aspiração de secreções, a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de Equipamento de Proteção Individual [EPI] (luvas não

esterilizadas ou de polietileno (tipo palhaço) e mascara adequada ao microrganismo, com ou sem viseira, óculos de proteção e avental) e a recolha segura de resíduos.

Substitua o material durante o procedimento

As luvas e as sondas de aspiração têm que ser trocadas em cada sessão e sempre que se mude de via de aspiração.

Após o procedimento:

Promova o controle de infeção

A lavagem do tubo que liga a sonda de aspiração ao aspirador com água destilada é fundamental. Descartar material de uso único em contentor apropriado de acordo com norma de separação dos resíduos hospitalares.

Monitorize sinais vitais

A avaliação de SaO2, FC e a dor na criança, mantendo se necessário, medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da mesma após a realização do procedimento.

Realize os registos de enfermagem

Da data e hora da aspiração; frequência; características das secreções, mencionando diagnósticos de enfermagem levantados e resultados obtidos, interferências, pois permitem a continuidade dos cuidados.

MATERIAL NECESSÁRIO:	
Aspirador ligado a sistema de vácuo com pressão negativas	Conexões em Y ou T
Sondas de aspiração de calibre adequado a cada faixa etária	Compressas limpas
Equipamento de Proteção Individual (luvas esterilizadas ou limpas, máscara com ou sem viseira, óculos de proteção, avental)	Ampola de cloreto de sódio
	Recipiente com água destilada
	Contentor de resíduos hospitalares

ASPIRAR SECREÇÕES: ATRAVÉS DA OROFARINGE OU DA NASOFARINGE	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Prepare o material e leve para junto da criança.	1. Economiza tempo, organizando os cuidados.
2. Verifique o funcionamento do aspirador e a integridade de restante material.	2. Economiza tempo e assegura a segurança da criança.
3. Proceda à higiene das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
4.Identifique a criança e promova privacidade.	4. Previne erros. Facilita a exposição de dúvidas e/ou receios e a exposição corporal necessária à intervenção.
5.Explique o procedimento aa criança e cuidadores/acompanhante de acordo com a faixa etária.	5. Prepara a criança, diminuindo a ansiedade, o medo e o desconforto físico e obtém consentimento e colaboração da criança e dos cuidadores/acompanhante.
6. Vista o equipamento de proteção individual necessário.	6. Protege e previne transmissão cruzada de microrganismos.
7. Posicione a criança, se possível junto dos cuidadores, com **imobilização** apropriada se necessário. **Lactente:** Posição fetal **Criança:** Posição de Fowler ou semiFowler	7. Promove a realização do procedimento de forma confortável e obtém-se a colaboração da criança e cuidadores.
8. Calce luvas.	8. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
9. Conecte sonda ao aspirador de secreções, mantendo-a dentro do invólucro	9. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
10. Controle o funcionamento do aspirador com a mão não dominante.	10. Facilita a elaboração do procedimento.
11. Inicie a aspiração de secreções, segurando a sonda com a mão dominante, no sentido faringe-cavidade oral, sem aplicar sucção ao introduzir a mesma.	11. Reduz a fricção e facilitar a inserção da sonda evitando traumatismos das vias aéreas.

12. Aspire as secreções recorrendo a técnica intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai retirando.	12. Previne lesão da mucosa.
13. Elimine a sonda de aspiração enrolando-a na mão dominante e retire a luva pelo avesso.	13. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
14. Lave o tubo que liga a sonda ao aspirador com água destilada.	14. Elimina secreções remanescentes no tubo.
15. Desligue o aspirador.	15. Economiza energia.
16. Remova a luva da mão não dominante e descarte-a bem como todo o restante equipamento de proteção individual.	16. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
17. Avalie sinais de dor ou desconforto físico ou psicológico da criança.	17. Mantem conforto da criança.
18. Proceda à higiene das mãos.	18. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
20. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe em suporte legal: Data e hora da realização; número da sonda utilizada; local onde se realizou a aspiração de secreções; caraterísticas das secreções aspiradas; medidas não farmacologias utilizadas antes, durante e depois do procedimento; ensinos realizados e intercorrências, caso existam. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	20. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ASPIRAR SECREÇÕES: ATRAVÉS DA DO TUBO ENDOTRAQUEAL OU TRAQUEOSTOMIA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Prepare o material e leve para junto da criança.	1. Economiza tempo, organizando os cuidados.
2. Verifique o funcionamento do aspirador e a integridade de restante material.	2. Economiza tempo e assegura a segurança da criança.
3. Proceda à higiene das mãos.	3.Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
4.Identifique a criança e promova privacidade.	4. Previne erros. Facilita a exposição de dúvidas e/ou receios e a exposição corporal necessária à intervenção.
5.Explique o procedimento aa criança e cuidadores/acompanhante de acordo com a faixa etária.	5. Prepara o tente pediátrico, diminuindo a ansiedade, o medo e o desconforto físico e obtém consentimento e colaboração da criança e dos cuidadores/acompanhante.
6. Aumente aporte de O2 durante 30 a 60seg: Lactentes – Aumentar 10% em relação ao valor basal crianças e jovens – 100% de FiO2. Nota: Aumentar apenas em doentes hipoxémicos ou com história de hipoxemia em aspirações anteriores.	6. Previne a hipoxia.
7.Vista o equipamento de proteção individual necessário.	7. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
8.Posicionea criança, se possível junto dos cuidadores, com imobilização apropriada se necessário.	8.Promove a realização do procedimento de forma confortável e obtém-se a colaboração da criança e cuidadores.
9. Conectar a sonda ao aspirador de secreções, mantendo-a dentro do invólucro.	9. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
10.Calçar luvas polietileno - plástico “tipo palhaço"- esterilizadas de uso único.	10. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
11. Controlar o funcionamento do aspirador com a mão não dominante.	11. Facilita a elaboração do procedimento.

12. Iniciar o procedimento de aspiração de secreções, utilizando uma sonda com 50 a 70% do diâmetro do tubo Endotraqueal/Traqueostomia, segurando-a com a mão dominante e inserindo-a até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a aspiração. Não aplicar sucção ao introduzir a sonda. Nota: Iniciar a aspiração sempre com o calibre mais baixo recomendado.	12.Evita a obstrução total do tubo Endotraqueal ou da Traqueostomia e evita a lesão da mucosa e assegurar aspiração eficiente.
13.Instilar solução salina no tubo Endotraqueal/Traqueostomia, quando atingidos os limites máximos de calibre da sonda e atingidos os limites máximos de pressão de aspiração, e se aspiração continuar sem sucesso.	13. Fluidificar as secreções quando muito espessas.
14. Aspirar as secreções recorrendo a técnica intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai retirando. Nota: A duração da aspiração não deve exceder os 5 segundos nos lactentes e 10 a 15 segundos nos doentes pediátricos.	14. Previne a lesão da mucosa e previne a hipoxemia e atelectasia.
15. Repetir a técnica no máximo 4 vezes num mesmo período, deixando a criança descansar 30 a 60 segundos entre cada repetição	15. Previne a lesão da mucosa e previne a hipoxemia e atelectasia.
13. Elimine a sonda de aspiração enrolando-a na mão dominante e retire a luva pelo avesso.	13. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
14. Lave o tubo que liga a sonda ao aspirador com água destilada.	14. Elimina secreções remanescentes no tubo.
15. Desligue o aspirador.	15. Ecomomiza energia.
16. Remova a luva da mão não dominante e descarte-a bem como todo o restante equipamento de proteção individual.	16. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.

17. Avalie sinais de dor ou desconforto físico ou psicológico da criança.	17. Mantem conforto da criança.
18. Proceda à higiene das mãos.	18. Previne a transmissão cruzada de microrganismos.
20. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe em suporte legal: Data e hora da realização; número da sonda utilizada; local onde se realizou a aspiração de secreções; caraterísticas das secreções aspiradas; medidas não farmacologias utilizadas antes, durante e depois do procedimento; ensinos realizados e intercorrências, caso existam. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	20. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

American Association of Respiratory Care. (2010). Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways 2010. RespiratoryCare.Vol55 NR.º 6. Obtido de http://www.rcjournal.com/cpgs/pdf/06.10.0758.pdf

Ayhan, H., Tastan, S., Iyigun, E., Akamca, Y., Arikan, E., Sevim, Z., (2015). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: "What does the evidence say? What do the nurses think?": Multimethod study. In Journal of Critical Care. 762-767. Obtido de http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(15)00082-9/fulltext

Boroughs, D.S., Dougherty, J.M., (2015). Pediatric tracheostomy care: What home nurses need to know. In American Nurse Today. 3(10), 8 – 10. Obtido de https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2015/03/ant3-Pediatric-HomeTrach-225.pdf

Direção-geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da DireçãoGeral da Saúde nº022/2012. Obtido de

https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx

Giakoumidakis, K., Kostaki, Z., Patelarou, E., Baltopoulos, G., Brokalaki, H., (2011). Oxygen saturation and secretion weight after endotracheal suctioning. In British Journal of Nursing 21(20), 1344 – 1351. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/221744145_Oxygen_saturation_and_secretion_weight_after_endotracheal_suctioning

Gonçalves, R.L., Tsuzuki, L.M., Carvalho, M.G.S. (2014). Aspiração endotraqueal em recém-nascidos intubados: uma revisão integrativa da literatura. In Revista Brasileira Terapia Intensiva, 27(3):284-292. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n3/0103-507X-rbti-27-03-0284.pdf

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

Martins, R., Nunes, P.M., Xavier, P.A., Wittkopf, P.G., Schivinski, C.I.S., (2014). Aspiração traqueal: a técnica e suas indicações. In Arquivos Catarinenses de Medicina. 43(1), 90 – 96. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/304312770_Aspiracao_traqueal_a_tecnica_e_suas_indicacoes

O"Donnell, L., Tieman, E. (2016). Guideline on Suctioning via An Endotracheal Tube. Austrália: I.D. GSET-08-2016. Obtido de http://www.olchc.ie/Healthcare-Professionals/Nursing-Practice-Guidelines/Suctioningvia-Endotracheal-Tube-2016.pdf

Owen, E.B., Woods, C.R., O"Flynn, J.A., Boone, M.C., Calhoun, A.W.& Montgomery, V.L. (2016). A Bedside Decision Tree for Use of Saline With Endotracheal Tube Suctioning in Children. In Critical Care Nurse. Vol 36, No. 1. Obtido de http://ccn.aacnjournals.org/content/36/1/e1.full.pdf

Potter, S. & Perry, H, (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição. Elsevier Editora, Ltda. ISBN: 978-85-352-6153-0.

Saboga, L.; Coelho, M.; Costa, M. Norma de Procedimento de Enfermagem Aspirar Secreções Oro-Faringo- Traqueo- Brônquicas. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual jun. 2006_ Técnicas de Enfermagem (Vol I, pp.181-187). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Senior Staff Nurse, GICU. (2015). St George's Healthcare – NHS: Adult, Paediatric and Neonatal Airway Suction Policy (All Routes and Methods). Policy Reference:Clin 4.7, Version:2. Obtido de https://www.stgeorges.nhs.uk/wpcontent/uploads/2013/11/Clin_4_07Suction.pdf

SHR Nursing Practice Committe. (2017). Suctioning- Pediatric/Neonate Patients Ventilated (Conventional and High Frequency) Via Artificial airways.I.D. Number: 1056. Canada. 2017. Obtido de https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1056.pdf

Schub, T., Ashley, T.J.. (2016). Nasotracheal Suctioning: Performing. In Nursing Practice & Skill. Documento fornecido pela Docente Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Schults, J., Mitchell, M.L., Cooke, M.&Schibler, A.. (2016).Efficacy and safety of normal saline instillation and paediatric endotracheal suction: An integrative review. In Australian Critical Care 31 3–9. Obtido de http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(17)30148-0/pdf

Veiga et al. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos, 2.ªed. Lisboa: ACSS/Ministério da Saúde.

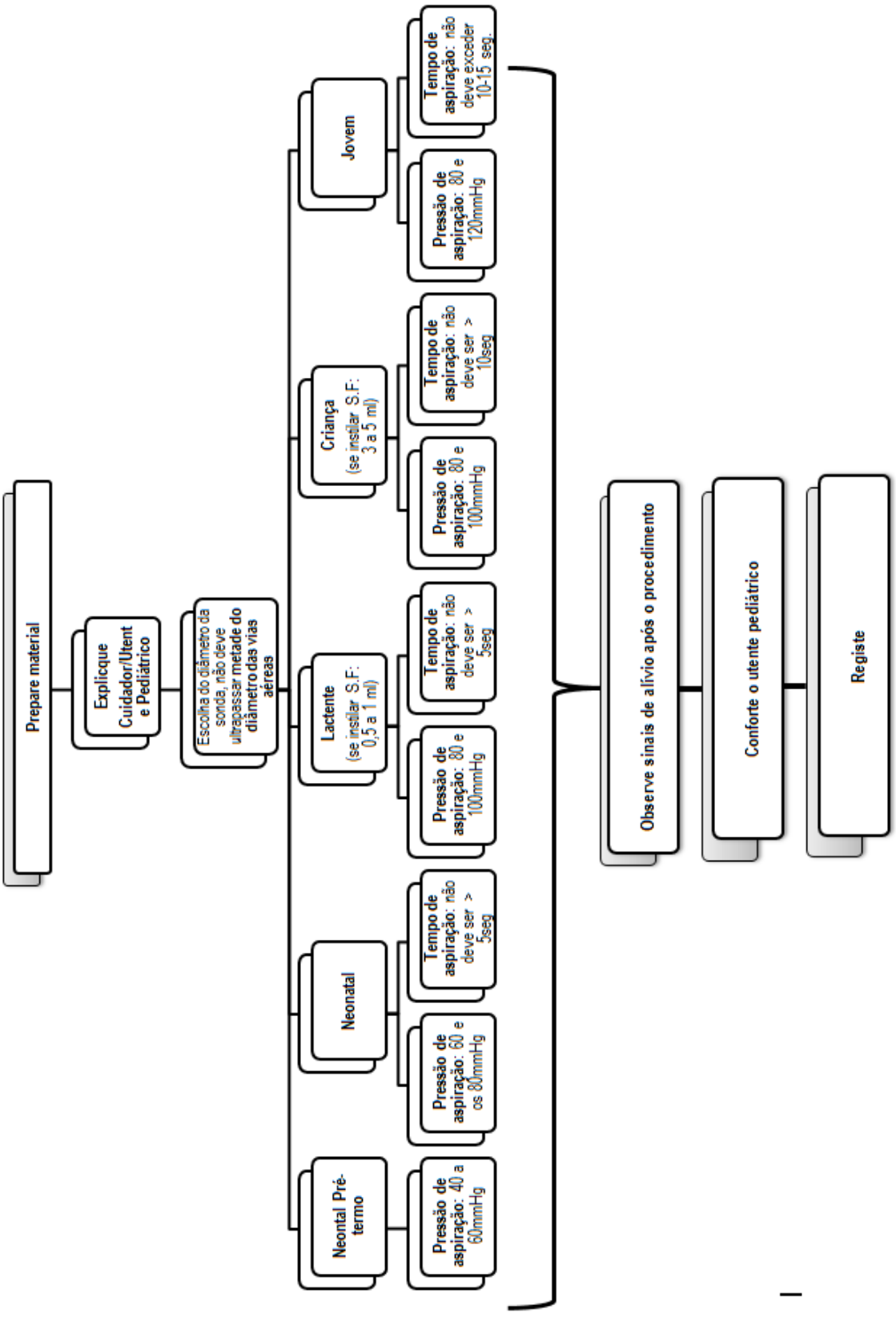
Walsh, B.K., Hood, K. & Merritt, G.. (2011). Pediatric Airway Maintenance and Clearance in the Acute Care Setting: How to Stay Out of Trouble. In Respiratory Care. 9(56), 1424 – 1444. Obtido de https://pdfs.semanticscholar.org/69e3/2d11633004919af3a3685aed51d95b5aa6a6.pdf

Wang, C-H., Tsai, J-C., Chen, S-F., Su, C-L., Chen, L., Lin, C-C. & Tam, K-W..(2016). Normal saline instillation before suctioning: A meta-analysis of randomized controlled trials. In Australian Critica lCare. 1 – 5. Obtido de http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30136-9/fulltext

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Aspirar secreções oro-faringo-traqueo-brônquicas: LN (Julho2006) Revisão: GRN (Mar. 2005) Elaboração: L. Saboga, M. Coelho, M.Costa (Nov. 2002). Página 339. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

FLUXOGRAMA:


Prepare material
Explicque Cuidador/Utent e Pediátrico
Escolha do diâmetro da sonda, não deve ultrapassar metade do diâmetro das vias aéreas
Neonatal Pré-termo
Pressão de aspiração: 40 a 60mmHg
Neonatal
Pressão de aspiração: 60 e os 80mmHg
Tempo de aspiração: não deve ser > 5seg
Lactente (se instilar S.F: 0,5 a 1 ml)
Pressão de aspiração: 80 e 100mmHg
Tempo de aspiração: não deve ser > 5seg
Criança (se instilar S.F: 3 a 5 ml)
Pressão de aspiração: 80 e 100mmHg
Tempo de aspiração: não deve ser > 10seg
Jovem
Pressão de aspiração: 80 e 120mmHg
Tempo de aspiração: não deve exceder 10-15 seg.
Observe sinais de alívio após o procedimento
Conforte o utente pediátrico
Registe

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA

Norma 22. *Administrar terapêutica por via inalatória a crianças e jovens*

Norma 23. *Administrar terapêutica por via retal a crianças e jovens*

Norma 24. *Administrar terapêutica por via subcutânea a crianças e jovens*

Norma 25. *Administrar terapêutica por via intramuscular a crianças e jovens*

Norma 26. *Administrar terapêutica por via endovenosa a crianças e jovens*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 22. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA A CRIANÇAS E JOVENS

Filipa Serra, Gertrudes Susana da Silva, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter interdependente que consiste na administração de um fármaco através de diferentes tipos de dispositivos sob a forma de aerossol, pó seco, suspensão ou nebulização. Constitui-se como a via preferencial para administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias.

- Inaladores pressurizados doseáveis (pMDI) com/sem câmara expansora - São recipientes que de um lado têm um bocal de um inalador pressurizado, e do outro lado têm um bocal para inalação direta ou adaptação a uma máscara facial. Funcionam como um compartimento intermediário que contém a dose de aerossol após ter sido expelida pelo inalador e antes de ser inalado.
- Inaladores de pó seco (DPI) - Dispositivos que contêm um medicamento em pó no próprio aparelho.
- Inaladores de névoa suave - Dispositivos que contém no seu interior o medicamento em suspensão ou em solução num gás propulsor (geralmente Clorofluorcarbonetos).
- Sistemas de nebulização – Permite a administração de terapêutica sob a forma de aerossol diretamente nas vias respiratórias.

OBJETIVOS:

Permitir um início de ação rápido devido à deposição direta do fármaco na árvore traqueobrônquica e ainda, benefícios nos resultados terapêuticos recorrendo a doses inferiores para o mesmo efeito, comparativamente às doses administradas por via oral, endovenosa ou intramuscular.

Possibilitar a diminuição dos efeitos secundários dos fármacos face à via de administração oral.

Humidificar as vias respiratórias.

Fluidificar e facilitar a remoção de secreções.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Saiba as complicações inerentes à administração de terapêutica inalatória;
- Consulte o processo clínico e o registo de terapêutica do/a recém-nascido, criança ou jovem, de formar a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados (como a existência de possíveis indicações e contraindicações para a administração de terapêutica) por exemplo, avalie se a criança ou jovem tem capacidade inspiratória que permita a administração correta da terapêutica prescrita;
- Saiba os efeitos secundários da terapêutica a administrar;
- Saiba identificar os sinais e sintomas de reação alérgica na administração terapêutica;
- Reúna todo o material necessário à administração da terapêutica por via inalatória;
- Verifique a integridade do medicamento (embalagem, rótulo, validade e aspeto geral) que irá ser administrado;
- Identifique o/a recém-nascido, criança ou jovem pelo nome completo;
- Tenha em consideração os 9 certos da administração de terapêutica (terapêutica certa; dose certa; via certa; hora certa; cliente certo; documentação certa; ação certa; forma de apresentação certa e resposta certa);
- Adquira previamente conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, para que todos os cuidados prestados sejam adequados e realizados de forma segura
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e à cuidadores;
- Observe e adeque o dispositivo tendo em conta a faixa etária e desenvolvimento do/a recém-nascido, criança ou jovem; instruções do fabricante da terapêutica, e capacidade da criança ou jovem em manter a posição necessária com segurança (veja a seguinte tabela):

Faixa etária	Inalador preconizado
Toddler e **Pré-escolar com idade < 4 anos**	Câmara expansora, com máscara facial adaptada ao pMDI (inalador pressurizado doseável) devido à falta de coordenação entre a ativação do inalador e a inalação (coordenação boca-pulmão).

Pré-escolar	Câmara expansora (com bucal ou máscara) adaptada ao pMDI, dependendo da presença ou não da coordenação boca-pulmão, respetivamente
Escolar	Inalador de pó seco (DPI) ou pMDI associado à câmara expansora com bucal

Durante o procedimento:

- Coloque o/a recém-nascido, criança ou jovem numa posição confortável de pé, sentada ou posição de fowler/semi-fowler, de modo a promover uma maior expansão torácica;
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são vistos como uma rede de apoio e segurança para as crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento.
- Reforce as medidas não farmacológicas de forma a manter o/a recém-nascido, criança ou jovem calmos;
- Se Sistema de Nebulização: Conectá-lo à rampa de ar comprimido ou oxigénio (entre 6l/min a 8l/min, de forma a ter partículas de tamanho ideal para alcançarem as vias aéreas inferiores), de acordo com a prescrição médica e/ou gravidade da situação clínica;
- Se Inaladores pressurizados doseáveis:
    - Antes de iniciar a ativação do inalador a criança deve fazer uma expiração profunda;
    - De seguida adaptar a máscara facial à face abarcando nariz e boca, ou prender o bucal entre os dentes e selar com os lábios;
    - Realizar uma inspiração profunda e lenta, quando estiver a utilizar o pMDI com ou sem câmara expansora, e em simultâneo ativar o inalador;
    - Manter a máscara adaptada à face ou o bucal selado entre os lábios e aguardar que a criança ou jovem perfaça 5 ciclos respiratórios ou aguardar 10 segundos;
    - Se for necessário repetir a dose, deve aguardar entre 30 segundos a 1 minuto para repetir o procedimento;
- Se Inaladores de pó seco ou inaladores de névoa suave:
    - Antes de iniciar a ativação do inalador a criança deve fazer uma expiração profunda, seguido de uma inspiração rápida e profunda;

- Após ativação do inalador realizar uma apneia de 10 segundos de modo a evitar o desperdício de partículas farmacológicas através da exalação.

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento; informando-a que o procedimento terminou;
- Elogiar a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Limpe o bucal ou a máscara da câmara expansora e o bucal do inalador de névoa suave com um pano húmido ou lenço seco;
- Limpe o bucal do DPI com lenço seco, nunca com um pano húmido (a humidade pode provocar alterações na disposição do fármaco que se encontra dentro do doseador);
- Instrua a criança ou jovem a bochechar a boca com água e de seguida desperdiçar a mesma, devido ao potencial risco de aumento dos efeitos secundários do fármaco por administração sistémica (uma vez que se trata de uma mucosa e a absorção do fármaco é rápida).
    - A administração de corticosteroides através de dispositivos simples, requer a limpeza da cavidade oral também, pelo risco de desenvolver candidíase oral.
- Instrua a criança ou jovem a proceder não só à higienização da cavidade oral mas também da face devido ao risco de aumento da tensão intraocular e glaucoma associado à dissipação de partículas farmacológicas durante a nebulização com anticolinérgicos;
- Realize registo da administração da terapêutica no processo do/a recém-nascido, criança ou jovem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Tabuleiro com:

1. Luvas limpas;
2. Compressas limpas;
3. Cuvete reniforme;
4. Medicação prescrita
5. Copo com água
6. Bucais descartáveis
7. Dispositivo simples com ou sem câmara expansora, Inalador de pó seco ou Sistema de nebulização;
8. Máscara facial, se necessário.

Se Sistema de nebulização:

- Tubo de conexão ao debitómetro;
- Traqueia;
- Copo de nebulização;
- Seringa de 5m;
- Agulha de diluição;
- Cloreto de Sódio 0,9%, se necessário.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA: DISPOSITIVO SIMPLES/PMDI (PRESSURIZED METERED DOSE INHALER)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 4.1. Selecione o dispositivo mais apropriado	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento. Potencia a eficácia da terapêutica a administrar.
5. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores/ e promova a privacidade.	5. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
6. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 6.1. Incentive a presença dos cuidadores. 6.2. Se possível, envolva-os no procedimento.	6. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. Previne complicações. 6.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. 6.2. Promove a adesão terapêutica.
7. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem em posição de pé, sentado ou semi-sentado.	7. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo de inspiração.
8. Retire o dispositivo cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente à embalagem;	8. Permite administrar o fármaco à temperatura ambiente;

9. Remova a tampa do dispositivo e agite-o, mantendo a posição vertical;	9. Promove a correta dissolução do fármaco e aquisição de pressão ideal, no interior da embalagem, para gerar o aerossol;
10. Coloque o dispositivo na vertical (em forma de L), apoiando o dedo indicador na parte superior e o polegar na parte inferior da mesma;	10. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar
11. Incline a cabeça da criança ligeiramente para trás;	11. Diminui o ângulo reto entre a orofaringe e a traqueia;
12. Instrua a criança (se idade superior a 5 anos) a fazer uma expiração lenta e profunda (preferencialmente até à capacidade de reserva funcional);	12. Facilita, de seguida, uma inalação mais profunda e consequentemente uma maior deposição de fármaco nas vias aéreas inferiores;
13. Posicione o bucal entre os dentes e sele com os lábios;	13. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar, se não se verificar uma boa selagem dos lábios no bucal. O incorreto posicionamento do bucal entre os dentes, pode levar à deposição do fármaco nos dentes e cavidade oral.
14. Incentive a criança/jovem a inspirar lentamente e concomitantemente ativar o pMDI;	14. Permite a coordenação entre a ativação do inalador e a inalação;
15. Manter a inspiração lenta e profunda até atingir a capacidade pulmonar total;	15. Otimiza a deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores;
16. Efetuar uma pausa inspiratória durante cerca de 10 segundos;	16. Facilita a deposição por sedimentação das partículas a nível intrabrônquico;
17. Expirar lentamente.	17. Elimina a partículas de pequeno diâmetro (inferiores a 1µm).
18. Se for necessário repetir a inalação, por dispositivo simples, respeite um intervalo tempo entre 30 segundo a 1 minuto.	18. Assegura a execução correta do procedimento.
19. Termine o tratamento e incentive a criança ou jovem a lavar a boca e face com água após	19. Evita o desenvolvimento de candidíase oral, hipertensão intraocular e glaucoma, e

a administração de corticoesteróides e anticolinérgicos inalados;	minimiza os efeitos da absorção sistémica pela mucosa oral;
20. Remova o sistema de nebulização de junto da criança e providencie a sua limpeza;	20. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
21. Realize a higiene das mãos	21. Minimiza o risco de infeção
22. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Realize o registo do procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	22. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade de cuidados à criança ou jovem e cuidadores. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA: PMDI COM CÂMARA EXPANSORA (CE)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 4.1. Selecione o dispositivo mais apropriado	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento. Potencia a eficácia da terapêutica a administrar.
5. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	5. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.

6. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 6.1. Incentive a presença dos cuidadores. 6.2. Se possível, envolva-os no procedimento.	6. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. Previne complicações. 6.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. 6.2. Promove a adesão terapêutica.
7. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem em posição de pé, sentado ou semi-sentado.	7. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo de inspiração.
8. Retire o dispositivo cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente à embalagem;	8. Permite administrar o fármaco à temperatura ambiente;
9. Remova a tampa do dispositivo e agite-o, mantendo a posição vertical;	9. Promove a correta dissolução do fármaco e aquisição de pressão ideal, no interior da embalagem, para gerar o aerossol;
10. Coloque o dispositivo na vertical (em forma de L), apoiando o dedo indicador na parte superior e o polegar na parte inferior da mesma;	10. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar
11. Coloque a embalagem na vertical (em forma de L) e adapte-a à CE;	11. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar
12. Incentive à realização de uma expiração profunda (preferencialmente até à capacidade de reserva funcional), em crianças com mais de 5 anos de idade.	12. Permite, de seguida, uma inalação mais profunda e consequentemente uma maior deposição de fármaco nas vias aéreas inferiores;
13. CE com Bucal: coloque o bucal da CE entre os dentes, envolva os lábios sobre o bucal e a língua por baixo do mesmo; CE com Máscara: ajuste a máscara à face da criança, abrangendo as narinas e a boca;	13. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar, se a criança ou jovem não fizer uma boa selagem dos lábios no bucal; Escolha a CE com bucal ou com máscara, dependendo da idade da criança e do seu nível de desenvolvimento;
14. Ative o pMDI com CE, colocando o dedo indicador na parte superior do dispositivo e o polegar na parte inferior;	14. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar

15. Contar 5 ciclos respiratórios ou 10 segundos;	15. Assegura o esvaziamento da câmara e consequentemente o aproveitamento completo da dose inalada;
16. Expirar lentamente;	16. Elimina a partículas de pequeno diâmetro (inferiores a 1µm);
17. Termine o tratamento e incentive a criança ou jovem a lavar a boca e face com água após a administração de corticosteroides e anticolinérgicos inalados;	17. Evita o desenvolvimento de candidíase oral, hipertensão intraocular e glaucoma, e minimiza os efeitos da absorção sistémica pela mucosa oral;
18. Remova o sistema de nebulização de junto da criança e providencie a sua limpeza;	18. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
19. Realize a higiene das mãos	19. Minimiza o risco de infeção
20. elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Realize o registo do procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	20. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade de cuidados à criança ou jovem e cuidadores. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA: INALADOR DE PÓ SECO (DPI)	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem.	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento. Potencia a eficácia da terapêutica a administrar.

4.1. Selecione o dispositivo mais apropriado	
5. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	5. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
6. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 6.1. Incentive a presença dos cuidadores. 6.2. Se possível, envolva-os no procedimento.	6. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. Previne complicações. 6.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. 6.2. Promove a adesão terapêutica.
7. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem em posição de pé, sentado ou semi-sentado.	7. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo de inspiração.
8. Retire a tampa do inalador de pó seco ou abra o inalador e prepare o dispositivo com a dose a inalar;	8. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar
9. Expirar lentamente e profunda (idealmente até à capacidade de reserva funcional);	9. Facilita, de seguida, uma inalação mais profunda e consequentemente uma maior deposição de fármaco nas vias aéreas inferiores;
10. Coloque o dispositivo na boca, prendendo-o com os dentes e sele bem o dispositivo com os lábios. A língua deve manter-se debaixo do bucal, para que não haja obstrução do mesmo;	10. Garante a dosagem correta do medicamento a inalar, se a criança ou jovem não fizer uma boa selagem dos lábios no bucal;
11. Incentive a uma inspiração rápida, profunda, vigorosa e constante pela boca;	11. Este tipo de dispositivo é ativado pela inspiração; A inspiração desta forma promove uma maior deposição de fármaco no pulmão e menor na orofaringe;
12. Incentive a criança/jovem a suster a respiração durante 10 segundos;	12. Facilita a deposição por sedimentação das partículas a nível intrabrônquico;
13. Expirar lentamente;	13. Elimina a partículas de pequeno diâmetro (inferiores a 1μm);

14. Termine o tratamento e incentive a criança ou jovem a lavar a boca e face com água após a administração de corticosteroides e anticolinérgicos inalados;	14. Evita o desenvolvimento de candidíase oral, hipertensão intraocular e glaucoma, e minimiza os efeitos da absorção sistémica pela mucosa oral;
15. Remova o sistema de nebulização de junto da criança e providencie a sua limpeza;	15. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
16. Realize a higiene das mãos	16. Minimiza o risco de infeção
17. elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Realize o registo do procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	17. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade de cuidados à criança ou jovem e cuidadores. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA: RESPIMAT®	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 4.1. Selecione o dispositivo mais apropriado	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento. Potencia a eficácia da terapêutica a administrar.
5. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	5. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.

6. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 6.1. Incentive a presença dos cuidadores. 6.2. Se possível, envolva-os no procedimento.	6. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. Previne complicações. 6.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. 6.2. Promove a adesão terapêutica.
7. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem em posição de pé, sentado ou semi-sentado.	7. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo de inspiração.
8. Expirar lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional);	8. Promove, de seguida, uma inalação mais profunda e consequentemente uma maior deposição de fármaco nas vias aéreas inferiores;
9. Ajuste os lábios à volta do bucal, fazendo uma boa selagem, de seguida pressione o botão de libertação da dose enquanto realiza uma inspiração profunda e lenta, até atingir o máximo da sua capacidade inspiratória;	9. Promove uma maior deposição de fármaco no pulmão e menor na orofaringe;
10.Incentive a criança/jovem a suster a respiração durante 10 segundos;	10.Facilita a deposição por sedimentação das partículas a nível intrabrônquico;
11.Expirar lentamente	11.Elimina a partículas de pequeno diâmetro (inferiores a 1µm).
12.Termine o tratamento e incentive a criança ou jovem a lavar a boca e face com água após a administração de corticosteroides e anticolinérgicos inalados;	12.Evita o desenvolvimento de candidíase oral, hipertensão intraocular e glaucoma, e minimiza os efeitos da absorção sistémica pela mucosa oral;
13.Remova o sistema de nebulização de junto da criança e providencie a sua limpeza;	13.Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
14.Realize a higiene das mãos	14.Minimiza o risco de infeção
15.Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	15.Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade de cuidados à criança ou jovem e cuidadores. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

Realize o registo do procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INALATÓRIA: SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 4.1. Selecione o dispositivo mais apropriado	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento. Potencia a eficácia da terapêutica a administrar.
5. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	5. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
6. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 6.1. Incentive a presença dos cuidadores. 6.2. Se possível, envolva-os no procedimento.	6. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. Previne complicações. 6.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. 6.2. Promove a adesão terapêutica.
7. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem em posição de pé, sentado ou semi-sentado.	7. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo de inspiração.
8. Prepare o sistema de nebulização, fonte de energia e a interface (bucal ou máscara facial);	8. Facilita o procedimento e economiza o tempo;
9. Preencha a copo do nebulizador, usando uma seringa para medir a quantidade necessária de solvente isotónico e terapêutica prescrita;	9. Permite dar início à aerossolterapia, de acordo com a prescrição médica;

10. Posicione a criança e ajuste a interface (bucal ou máscara facial) na posição para a administração;	10. Promove uma maior e eficaz expansão torácica durante o tempo inspiração;
11. Mantenha o nebulizador sempre na posição vertical;	11. Evita o desperdício da solução e promove eficácia da nebulização;
12. Ligue o compressor ou rampa com um fluxo dinâmico recomendado de oxigénio ou ar comprimido (6-10L/min);	12. Promove o efeito terapêutico, através da formação de partículas de diâmetro aerodinâmico médio de massa (DAMM) entre 1 a 5µm (mícron);
13. Monitorize cuidadosamente os parâmetros vitais da criança e identifique antecipadamente os sinais e sintomas de reações adversas ao tratamento;	13. Avalie FR, FC, SPO2 e estado geral da criança; Identifique exacerbação dos sinais de esforço respiratório;
14. Instrua a criança a realizar uma respiração pausada e profunda;	14. Facilita a deposição das partículas na árvore brônquica;
15. Agite o nebulizador para que a solução não fique aderente às paredes do copo;	15. Potencia a utilização de toda a solução inalatória;
18. Termine o tratamento e incentive a criança ou jovem a lavar a boca e face com água após a administração de corticosteroides e anticolinérgicos inalados;	18. Evita o desenvolvimento de candidíase oral, hipertensão intraocular e glaucoma, e minimiza os efeitos da absorção sistémica pela mucosa oral;
19. Remova o sistema de nebulização de junto da criança e providencie a sua limpeza;	19. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
20. Realize a higiene das mãos	20. Minimiza o risco de infeção
21. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Realize o registo do procedimento. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	21. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Promove a continuidade de cuidados à criança ou jovem e cuidadores. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. Revista Portuguesa de Imunoalergologia; 25 (I): 9-26. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputicainalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Barreto, C.; Pinto, P.; Froes, F.; Cravo, P. (2000). Normas de terapêutica inalatória. Revista Portuguesa de Pneumologia. VI (5): 395-434. Disponível em:

http://www.sppneumologia.pt/publicacoes/?imc=50n&fmo=pa&publicacao=22&edicao=401. Acedido a 23 de Abril de 2018.

Boe, J.; Dennis, J.; O'Driscoll, B.; et al. (2001). European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. European Respiratory Journal, 18: 228-242. ISSN 0903-1936. Disponível em: http://erj.ersjournals.com/content/erj/18/1/228.full.pdf. Acedido a 27 de Abril de 2018.

Bostock-Cox, B. (2017). When asthma is poorly controlled: treating asthma according to the latest BTS/SIGN guideline. Practice Nurse, 472-5. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=121430212&lang=pt-br&site=ehost-live. Acedido a 25 de Abril de 2018.

Bowden, V. R.; Greenberg, C. S. (2005). Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN: 85-277-0965-1.

Bryant, L., Bang, C., Chew, C., Baik, S.H., and Wiseman, D. (2013). Adequacy of inhaler technique used by people with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. J Prim Health Care, 5: 191-198.

Burnham, T. (2012). Inhaler use technique and related interventions: an annotated bibliography. National electronic Library for Medicines. Disponível em: http://useinhalers.com/sites/default/files/publicationpdf/Reference_Studies_Tom_Burnham.pdf. Acedido a 27 de Abril de 2018.

Cordeiro, M. (2010). Intervenção educativa junto de um grupo de enfermeiros de um serviço de medicina: Impacto na prática da terapêutica inalatória. (Dissertação de Mestrado em Saúde e Aparelho Respiratório não editada). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.

Costa, J. (2011). Terapêutica Inalatória da Asma (Monografia de Licenciatura em Ciências Farmacêuticas não editada). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.

Dalcin, P.; Grutcki, D.; Laporte, P. Borges de Lima, P.; Menegotto, S.; Pereira, . (2014). Factors related to the incorrect use of inhalers by asthma patients. J Bras Pneumol., 40: 13–20.

Direção Geral de Saúde. (2011a). Norma nº 021/2011 de 28/09/2011 (versão validada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas a 05/03/2013), atualizada a 11/09/2015. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212011-de28092011.aspx. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Direção Geral de Saúde. (2011b). Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários. Resumo das indicações e instruções de preenchimento do formulário de Aerossolterapia. Disponível em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de.../instrucoes-formulario-aerossolterapia-pdf.aspx. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Direção Geral de Saúde. (2013). Orientação nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102013-de-02082013.aspx. Acedido a 27 de Abril de 2018.

Direção Geral de Saúde. (2017a). Norma nº 009/2017 de 05/07/2017. Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0092017-de-05072017.aspx. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Direção Geral de Saúde. (2017b). Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017. Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n0102017-de-26072017.aspx. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9º Edição. Volume II. Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.

Kyle, T. (2011). Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-2771750-2.

Laube, B., Janssens, H., De Jongh, F. et al. (2011). What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. European Respiratory Journal, 37: 1308–1331. doi: 10.1183/09031936.00166410.

Leffa, F.; Colvello, E.; Amador, T.; Heineck, I. (2013). Caracterização do entendimento sobre técnicas de adminsitração de medicamentos inalatórios por pacientes do Programa da Asma de um Centro de Saúde em Porto Alegre, Brasil. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 34(3): 369-377. ISSN: 1808-4532.

Levy, M.; Dekhuijzen, M.; Barnes, P.; Broeders, M. et al. (2016). Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT). npj Primary Care Respiratory Medicine, 26, 16017. doi:10.1038/npjpcrm.2016.17.

Levy, M.; Hardwell, A.; Mcknight, E.; Holmes, J. (2013). Asthma patients' inability to use a pressurised metered-dose inhaler (pMDI) correctly correlates with poor asthma control as defined by the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy: a retrospective analysis. Prim Care Respir J., 22: 406–411. http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00084.

Lippincott, Williams & Wilkins (2006). Enfermagem Pediátrica – Série Incrivelmente Fácil. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN: 85-277-1170-2.

Lopez, M.; Iglesias, I.; Benito, M.; García, M.; Ruiz, C.; Cabanillas, F.(2016). Uso de cámara espaciadoras para la administración de inhaladores en pediatría. CiberRevista, 50: 3. Disponível em: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2016/pagina3.html. Acedido a 23 de Abril de 2018.

Maricoto T.; Madanelo, S.; Rodrigues, L.; Teixeira, G.; Valente, C.; Andrade, L.; Saraiva, A. (2016). Educação para a melhora da técnica inalatória e seu impacto no controle da asma e DPOC: um estudo piloto de efetividade-intervenção. J Bras Pneumol, 42(6): 440-443. http://dx.doi.org/10.1590/S180637562016000000098.

Maricoto, T.; Rodrigues, L; Teixeira, G.; Valente, C; Andrade, L.; Saraiva, A. (2015). Avaliação da Técnica Inalatória no Controlo Clínico e Funcional da Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Acta Medica Portuguesa, 28 (6): 702-707.

Mesquita, S.; Gomes, E.; Cunha, L.; Lopes, I. (2004). Dispositivos para Terapêutica Inalatória na Criança. Revista Nascer e Crescer; 13 (2): 121-126. Disponível em: http://www.hmariapia.minsaude.pt/revista/junho2004/Dispositivos%20…terapeuti.sep.pdf. Acedido a 25 de Abril de 2018.

Roy, A., Battle, K., Lurslurchachai, L., Halm, E.A., and Wisnivesky, J.P. (2011). Inhaler device, administration technique, and adherence to inhaled corticosteroids in patients with asthma. Prim Care Respir J., 20: 148–154. doi: 10.4104/pcrj.2011.00022.

Sanchis J.; Gich I.; Pedersen S. (2016). Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? CHEST, 150 (2): 394-406. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.041.

Sanchis, J.; Corrigan, C.; Levy, M.; Viejo, J. (2013). Inhaler devices – From theory to practice. Respiratory Medicine, 107: 495-502.

Serrano N.; Sanchez M.; Garda P.; Medina A.; Arnau S. (2015). Eficacia de una intervention educativa en el manejo de dispositivos de inhalacion. Metas Enferm,18(5): 18-2.

Sousa, M. (2016).Cámaras de inhalación para el niño asmático. CiberRevista, 49:2. Disponível em: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2016/pagina2.html. Acedido a 23 de Abril de 2018.

Stonham, C. (2016). British Guideline on the Management of Asthma: what is new in the 2016 update. Practice Nurse, 46 (10), 20-24. Disponível em:

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=118952465&lang=pt-br&site=ehost-live. Acedido a 27 de Abril de 2018.

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por via inalatória com câmara expansora - Aprovação: LN (Julho2006) Revisão: GRN (Mar. 2005) Elaboração: Ana Lopes; Laura Viegas; Olívia Matos (Nov. 2002). Página 73. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por via inalatória com inaladores de pó seco (dispositivo multidose) - Aprovação: LN (Julho 2006) Revisão Científica: GRN (Mar. 2005) Elaboração: Ana Lopes, Laura Viegas, Olívia Matos (Nov. 2002). Página 77. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por via inalatória com inaladores pressurizados - Aprovação: LN (Julho 2006) Revisão Científica: GRN (Mar. 2005) Elaboração: Ana Lopes, Laura Viegas, Olívia Matos (Nov. 2002). Página 81. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por nebulização - Aprovação: LN (Julho 2006) Revisão: GRN (Jun. 2005) Elaboração: Ana Lopes, Laura Viegas, Olívia Matos (Fev. 2003). Página 85. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 23. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA RETAL A CRIANÇAS E JOVENS

Carolina Marques, Daniela Lima, Inês Cruz, Marisa Guerra, Matilde Cortez, Mónica Costa, Ana Ramos & Ana Rita Figueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem interdependente que consiste na administração de terapêutica no/a recém-nascido, criança ou jovem de medicamentos tópicos, na mucosa retal.

OBJETIVOS:

Administrar terapêutica utilizando uma via fisiológica sob a forma de supositórios, pomadas e enemas, produzindo efeitos locais ou sistémicos.

Possibilitar alternativa à administração oral em pessoas que apresentam náuseas, vómitos, irritação gástrica, convulsões e em particular alterações da consciência.

Promover o esvaziamento do colon.

Promover uma ação mais rápida da terapêutica quando comparada com a administração de terapêutica por via oral. A elevada irrigação sanguínea da mucosa retal potencia a absorção da terapêutica, assim como uma maior biodisponibilidade.

Permitir a continuidade da terapêutica no domicílio.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Saiba as complicações inerentes à administração de terapêutica por via retal (a absorção pelo colon de terapêutica por via retal pode não ser previsível);
- Consulte o processo clínico e o registo de terapêutica do/a recém-nascido, criança ou jovem, de formar a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados como a existência de possíveis contraindicações para a administração de terapêutica:

    - Intervenções cirúrgicas recentes ao reto ou ânus (ex.: incluí avaliação das alterações nos tecidos por radioterapia na região da pélvis);
    - Malformações ou trauma envolvendo a região perineal;
    - Suspeita de íleo paralítico ou obstrução do colon;
    - Administração de terapêutica consecutiva pelo risco de maceração da região perianal.
- Saiba os efeitos secundários da terapêutica a administrar;
- Saiba identificar os sinais e sintomas de reação alérgica na administração terapêutica;
- Reúna todo o material necessário à administração da terapêutica por via retal;
- Verifique a integridade do medicamento (embalagem, rótulo, validade e aspeto geral) que irá ser administrado;
- Identifique o/a recém-nascido, criança ou jovem pelo nome completo;
- Tenha em consideração os 9 certos da administração de terapêutica (terapêutica certa; dose certa; via certa; hora certa; cliente certo; documentação certa; ação certa; forma de apresentação certa e resposta certa);
- Adquira previamente conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, para que todos os cuidados prestados sejam adequados e realizados de forma segura;
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e cuidadores;
- Ajuste medidas não farmacológicas para alívio da dor.

<u>Durante o procedimento:</u>

- Coloque o/a recém-nascido, criança ou jovem na posição mais confortável e segura para a administração de terapêutica;
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são uma rede de apoio e segurança para as crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento;
- Reforce as medidas não farmacológicas;
- Utilizar técnica limpa.

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento; informando-a que o procedimento já terminou;
- Elogiar a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Descarte o material para recipientes próprios;
- Reforce os ensinos de provável ocorrência de complicações e dor devido à administração de terapêutica por via retal;
- Realize registo da administração da terapêutica no processo do/a recém-nascido, criança ou jovem.
    - Em caso de administração de diazepam monitorizar padrão respiratório e estado de consciência

MATERIAL NECESSÁRIO:

Prescrição Terapêutica;	Medicamento a administrar;
Tabuleiro com:	Lubrificante;
Luvas limpas;	Cuvete reniforme;
Avental de proteção;	Material de higiene, se necessário;
Compressas limpas, se necessário;	Providenciar arrastadeira ou fralda descartável, se necessário.
Resguardo impermeável;	

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA RETAL: SUPOSITÓRIO	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem.	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento.

5. Certifique-se da identidade da criança ou jovem.	5. Previne o erro.
6. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	6. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
7. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 7.1. Incentive a presença dos cuidadores.	7. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. 7.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. Facilita o procedimento.
8. Realize a higiene das mãos	8. Minimiza o risco de infeção
9. Coloque avental de proteção.	9. Protege de salpicos acidentais de fezes.
10. Calce luvas limpas.	10. Idem.
11. Coloque o resguardo na cama.	11. Protege a cama.
12. Posicione a criança ou jovem em decúbito lateral esquerdo e com o membro inferior direito fletido, se a situação clínica o permitir.	12. Favorece a exposição do esfíncter anal. Facilita a introdução da terapêutica.
13. Observe a região anal, quanto à presença de lesões ou outras complicações que impeçam a administração da terapêutica.	13. Previne complicações decorrentes da administração.
14. Confirme a terapêutica e retire o supositório da embalagem.	14. Previne o erro. Permite a execução da técnica.
15. Afastar os glúteos a fim de expor a região anal.	15. Facilita a introdução do supositório.
16. Com a mão dominante, lubrificar o supositório em água morna ou gel hidrossolúvel e introduzir no reto a sua extremidade lisa com movimento rápido e delicado. <u>No lactente:</u> Utilizar o dedo mínimo ao introduzir o supositório. <u>Na criança e jovem:</u> Utilizar o dedo indicador, introduzindo o supositório até a primeira articulação do dedo.	16. O supositório deve ser introduzido até ultrapassar o esfíncter interno do ânus para evitar a sua expulsão. As contrações reversas ou o gradiente de pressão do canal podem facilitar o supositório a deslizar para dentro do canal.
17. Se a criança não colaborar, realizar compressão nos glúteos para que não haja expulsão do supositório.	17. Garante a absorção da terapêutica.

Se a criança colaborar, solicitar que esta contraia os glúteos e o esfíncter anal, para que não haja extravasamento do medicamento, devendo permanecer deitada na mesma posição durante 5 a 10 minutos.	
18. Se necessário assista a criança ou jovem a limpar-se, vestir-se, erguer-se e deslocar-se à casa de banho e a colocar/sentar-se na arrastadeira.	18. Apoiar no autocuidado.
19. Acondicione o material utilizado adequadamente.	19. Promove arrumação. Cumpre as normas de separação de resíduos.
20. Realize a higiene das mãos.	20. Minimiza o risco de infeção.
21. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: Data e hora em que a medicação foi preparada e administrada; Nome da medicação e dosagem; Ensinos realizados e resposta da criança ao procedimento.; Intercorrências, caso existam (ex.: recusa na administração, terapêutica SOS). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	21. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma e identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a continuidade de cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA RETAL: ENEMA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	1. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
2. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	2. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Minimiza o risco de infeção.
4. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem.	4. Economiza tempo. Facilita o procedimento.
5. Certifique-se da identidade da criança ou jovem.	5. Previne o erro.
6. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	6. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
7. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento: 8. Incentive a presença dos cuidadores.	7. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores. 8. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. Facilita o procedimento.
9. Realize a higiene das mãos	9. Minimiza o risco de infeção
10. Coloque avental de proteção.	10. Protege de salpicos acidentais de fezes.
11. Calce luvas limpas.	11. Idem.
12. Coloque o resguardo na cama.	12. Protege a cama.
13. Posicione a criança ou jovem em decúbito lateral esquerdo e com o membro inferior direito fletido, se a situação clínica o permitir.	13. Favorece a exposição do esfíncter anal. Facilita a introdução da terapêutica.
14. Observe a região anal, quanto à presença de lesões ou outras complicações que impeçam a administração da terapêutica.	14. Previne complicações decorrentes da administração.

15. Lubrificar a extremidade do tubo descartável com gel lubrificante ou soro fisiológico.	15. Facilita a introdução do tubo no ânus.
16. Afastar os glúteos para expor a região anal	16. Facilita a introdução da terapêutica.
17. Introduzir suavemente a extremidade do tubo no reto e interromper se sinal de resistência. Lactentes: introduzir até 2.5 cm. Toddler: introduzir até 5 cm. Pré-escolar: introduzir até 5 cm. Escolar: introduzir entre 5 a 7 cm. (Zem-Mascarenhas & Cassiani, 2006)	17. Atentar a sinais de traumatismo e perfuração da mucosa intestinal.
18. Solicitar à criança, de acordo com a sua idade, desenvolvimento e situação clínica, que respire profundamente durante o procedimento.	18. Facilita a entrada de líquido.
19. Comprimir lentamente o frasco de plástico, injetando o líquido na ampola retal.	19. Garante a introdução da terapêutica.
20. Remover a extremidade do frasco ou da sonda, enquanto pressiona de forma a que o gel não volte a entrar dentro da embalagem, comprimindo as nádegas durante alguns minutos.	20. Solicitar às crianças maiores a retenção do líquido pelo maior tempo possível.
21. Após a evacuação avaliar características das fezes e quantidade eliminada.	21. Despistar complicações.
22. Se necessário assista a criança/jovem a limpar-se, vestir-se, erguer-se e deslocar-se à casa de banho e a colocar/sentar-se na arrastadeira.	22. Apoiar no autocuidado.
23. Acondicione o material utilizado adequadamente.	23. Promove arrumação. Cumpre as normas de separação de resíduos.
24. Realize a higiene das mãos.	24. Minimiza o risco de infeção.

25. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: Data e hora em que foi executado o procedimento; Nome da substância ativa e enema utilizado e dosagem/volume administrado; Ensinos realizados e resposta da criança ao procedimento. Intercorrências, caso existam (ex.: recusa na administração, terapêutica SOS). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	25. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma e identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a continuidade de cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Bystrak, L. L., & Stojanovski, S. D. (2011). Gastrointestinal Pharmacology. *Rectal Administration of Medication*. Obtido de https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-anddentistry/rectal-administration?fbclid=IwAR15q9020oVZOTw3k5cRo7Xa45Ybm9YvXllrx0SQgxFdXLn5cO0QhLhfxo

Cravero, J. P., & Coté, C. J. (2018). Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures Outside the Operating Room. *Anxiolytics and Sedatives*.

Deshpande, A., & Nesamony, J. (2017). Solid Lipid Nanoparticles in Drug Delivery. *Rectal Administration*. Obtido de https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/rectal-administration?fbclid=IwAR15q9020oVZOTw3k5cRo7Xa45Yb-m9YvXllrx0SQgxFdXLn5cO0QhLhfxo

Lopes, A. S. (2016). *Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos - Uma necessidade em Saúde* . Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18131/1/Consulta%20de%20Enfermagem%20do%20Adolescente%20%2012%2013%20anos%20%20uma%20necessidade%20em%20sa%C3%BAde.pdf

Lowry, M. (24 de Fevereiro de 2016). Rectal drug administration in adults: how, when, why. *Nursing Times*, pp. 12-14.

Moreno, A. (2012). *O CONTROLO DA DOR EM NEONATOLOGIA: Intervenções Não Farmacológicas .* Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9380/1/tese_ADELIAmoreno.pdf

Silva, M. L., Ramires, M. A., Coelho, A. B., & Burci, L. M. (2018). Nove certos da medicação: uma análise de conhecimentos. *nine sings of medication: analysis of knowledge*, pp. 1-11.

Wilson, D., & Hockenberry, M. J. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica .* Lusociência.

Zem-Mascarenhas, S. H., & Cassiani, S. H. (2006). *A Criança e o Medicamento Orientações para o Cuidado* (1ª edição ed.). São Paulo: Iátria.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 24. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA A CRIANÇAS E JOVENS

Inês Bastos, Inês Mendes, Mariana Santos, Vanessa Machado, Ana Ramos & Ana Rita Figueira,

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem interdependente que consiste na administração de terapêutica no tecido celular subcutâneo (hipoderme), através de injeção, de acordo com a espessura da camada subcutânea do/a recém-nascido, criança ou jovem.

OBJETIVOS:

Administrar terapêutica não irritante, de fácil absorção, inferior a 1,5ml.

Permitir a absorção lenta e contínua na administração de terapêutica e na hidratação, quando a via oral não está disponível ou é inadequada.

Possibilitar a administração de terapêutica (ex.: insulina, hormona do crescimento, adrenalina, heparina de baixo peso molecular e algumas vacinas) quando é necessária uma absorção por via parentérica.

Permitir a sua utilização com maior segurança em contexto de ambulatório (ex.: controlo sintomático).

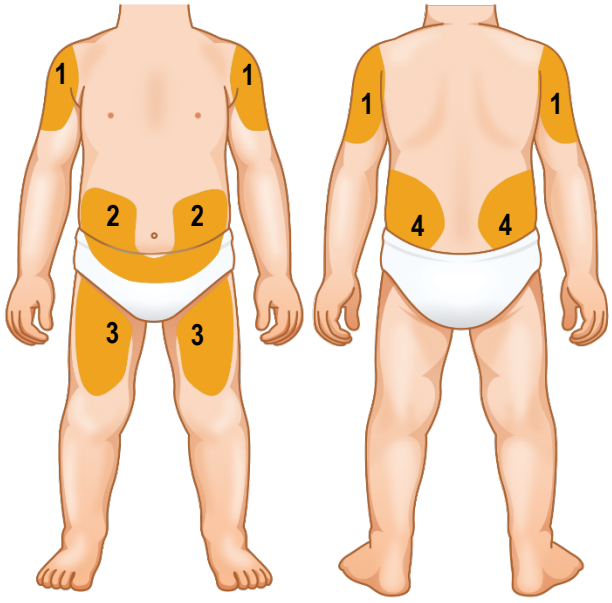
ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Saiba as complicações inerentes à administração de terapêutica por via subcutânea (abcesso, necrose, dor, nódulos, **lipodistrofia**, **excessiva formação de tecido cicatricial** por administrações contínuas sem rotatividade do local);
- Consulte o processo clínico e o registo de terapêutica do/a recém-nascido, criança ou jovem, de formar a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados (como a existência de possíveis indicações e contraindicações para a administração de terapêutica e a regularidade que a

  criança é sujeita à administração permitindo confirmar a rotação dos locais de administração, por exemplo, os quatro quadrantes do abdómen);
- Saiba os efeitos secundários da terapêutica a administrar;

- Saiba identificar os sinais e sintomas de reação alérgica na administração terapêutica;
- Reúna todo o material necessário à administração da terapêutica por via subcutânea;
- Verifique a integridade do medicamento (embalagem, rótulo, validade e aspeto geral) que irá ser administrado;
- Identifique o/a recém-nascido, criança ou jovem pelo nome completo;
- Tenha em consideração os 9 certos da administração de terapêutica (terapêutica certa; dose certa; via certa; hora certa; cliente certo; documentação certa; ação certa; forma de apresentação certa e resposta certa);
- Adquira previamente conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, para que todos os cuidados prestados sejam adequados e realizados de forma segura;
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e à cuidadores;
- Administre medidas farmacológicas (anestésicos locais), e medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Observe e decida o local a administrar a terapêutica tendo em conta a **faixa etária e tamanho da criança**; **fatores que influenciem a absorção** (por exemplo: concentração e dose de medicamento, massagem do local de administração), relação idade/peso (**espessura da camada subcutânea**); **existência e regularidade de experiências anteriores**; **integridade da pele** no local selecionado (ausência de grandes músculos, proeminências ósseas ou nervos subjacentes ao local de administração); **instruções do fabricante da terapêutica**, e capacidade do/a recém-nascido, criança ou jovem em manter a **posição** necessária com segurança (veja a seguinte imagem):



Zonas recomendadas para administração de medicação por via subcutânea (Fonte: https://www.kineretrx.com/nomid/using-kineret):

1. Terço médio da face externa da porção superior dos braços; 2. Abdómen, região ântero-lateral ou póstero lateral da parede abdominal e afastamento de 5 cm em relação à cicatriz umbilical, devido à maior vascularização da zona; 3. Terço médio da face ântero-lateral da coxa; 4. Região glútea e regiões superiores do dorso.

- Nas crianças é preferível ser administrado na parte externa do braço e na região ântero-lateral da coxa (Nursing Practice Committee, 2018).
- A região abdominal é preferencial para a administração de fármacos em que seja desejável uma absorção rápida (região mais irrigada) (Cocoman & Barron, 2008).
- Certifique-se que a administração subcutânea não seja realizada em locais que estejam afetos por doenças ou outras condições como: massas, equimoses, escoriações, inflamação (por exemplo, com edema), verrugas, queimaduras e locais onde a perfusão esteja diminuída devido a uma diminuição da absorção do fármaco e a uma capacidade reduzida de cicatrização.
- Decida o comprimento da agulha e o ângulo de administração (45º ou 90º) dependendo do peso da criança ou jovem e da quantidade estimada de tecido subcutâneo. Geralmente utiliza-se um ângulo de 90º, no entanto, para crianças com muito pouco tecido subcutâneo utiliza-se um ângulo de 45º.
- Comprimento, calibre e volume (Bowden & Greenberg, 2005) (Nursing Practice Committee, 2018)

Faixa etária	Calibre	Comprimento	Volume
Lactente	25G	10mm	0,5-1ml
Pré-escolar, Escolar	25G	10mm	0,5-1ml

Adolescentes	25-27G	13-15mm	05-1ml
Pessoa com Obesidade	25-27G	22mm	05-1ml

- A administração de terapêutica varia de acordo com o fármaco a administrar, pelo que se deve consultar o RCM antes da sua administração por exemplo:

Medicamento	Precauções	Local de Administração
Vacinas	Durante a administração não puxar o êmbolo para trás.	Lactente – Face ântero-lateral da coxa Criança e Jovem - Face superior do braço ou na face ântero-lateral da coxa
Heparina de baixo peso molecular	Angulo de inserção da agulha aquando a administração é sempre de 90º. A Prega cutânea não deve ser suprimida durante a administração. Durante a administração não puxar o êmbolo para trás.	Face ântero-lateral ou póstero lateral da parede abdominal e a mais do que 5 cm do umbigo
Insulina	Durante a administração não puxar o êmbolo para trás.	Insulina poderá ser administrada na parede abdominal a mais de 5 cm do umbigo, região glútea, região deltoide ou coxa. A decisão deverá ter em atenção o nível de maior ou menor absorção da região anatómica (maior rapidez de absorção no abdómen, portanto mais aconselhável para insulinas rápidas e ultrarrápidas)

- Decida o tamanho da seringa, consoante a quantidade de medicação a ser administrada. Pode ser utilizada uma seringa de 1 ml (escala de 0,1 ml) ou seringa de insulina. Assegure que a dose não exceda os 2 ml.

Durante o procedimento

- Coloque o/a recém-nascido, criança ou jovem na posição mais confortável e segura para a administração de terapêutica;
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são vistos como uma rede de apoio e segurança pelas crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento;
- Reforce as medidas não farmacológicas;
- Deixe secar a solução desinfetante para prevenir o desconforto provocado pela entrada da mesma nos tecidos;
- Faça a rotação dos locais de administração (no sentido dos ponteiros do relógio) para prevenir a lipodistrofia e excessiva formação de tecido cicatricial, o que dificulta a absorção do medicamento.
- Adote, se possível, rotinas de administração terapêutica
- Remova a agulha num movimento único e rápido, no mesmo ângulo com que foi inserida, comprimindo de imediato o local de administração. Está contraindicado massajar o local após a administração pois pode provocar hemorragia local, macerar e alterar a velocidade de absorção.

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento; informando-a que o procedimento já terminou;
- Elogie a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Descarte o material para recipientes próprios;
- Evite massajar o local de administração após a mesma uma vez que pode provocar sangramento no local, macerar o local e alterar a velocidade de absorção
- Reforce os ensinos de provável ocorrência de complicações e dor devido à administração de terapêutica por via subcutânea e aconselhe os cuidadores a comunicar a criança possuir edema ou dor no local de administração, assim como sinais e sintomas de uma possível alergia ou efeitos secundários;
- Realize registo da administração da terapêutica no processo do/a recém-nascido, criança ou jovem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Prescrição Terapêutica;

Tabuleiro com:

- Luvas limpas;
- Solução desinfetante;
- Compressas limpas;
- Penso rápido;

Seringa de 1ml com escala em UI

Duas agulhas subcutâneas de iguais dimensões de acordo com a faixa etária do/a recém-nascido, criança ou jovem;

Medicamento a administrar;

Cuvete reniforme;

Contentor para corto-perfurantes.

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higienização das mãos.	1. Minimiza o risco de infeção.
2. Verifique prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	2. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
3. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 3.1. Selecione agulha e seringa adequadas.	3. Economiza tempo, permite o acesso ao material nas diferentes etapas do procedimento. Facilita o procedimento. 3.1. Garante a administração da terapêutica no tecido subcutâneo. Minimiza a lesão dos tecidos. Garante a dosagem correta de terapêutica.
4. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	4. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
5. Informe e prepare a criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento sobre o procedimento de medicação e avalie os conhecimentos da criança ou jovem e cuidadores: 5.1. Incentive a presença dos cuidadores	5. Garante condições para obtenção do consentimento livre e esclarecido e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores e previne complicações. 5.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. Facilita o procedimento.

6. Avalie o/a recém-nascido, criança ou jovem em relação à dor, utilizando um instrumento de avaliação aprovada pela instituição e apropriada para o nível de desenvolvimento.	6. Permite reduzir o desconforto. Permite ajustar as medidas farmacológicas e não farmacológicas.
7. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	7. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
8. Realize a higienização das mãos.	8. Minimiza o risco de infeção
9. Prepare a terapêutica e rotule: 9.1. Verifique os "9 certos" da administração de terapêutica segura. 9.2. Verifique a validade do fármaco, as condições de integridade do frasco multidose e as características da solução, nomeadamente coloração e limpidez. 9.3. Se a medicação for refrigerada aguarde que atinja a temperatura ambiente. 9.4. Se for o caso, desinfete a borracha do frasco multidose 9.5. Adapte uma primeira agulha subcutânea (agulha de preparação) à seringa e segure o conjunto (seringa com agulha) na mão dominante 9.6. Retire a cápsula protetora da agulha. Não reutilize as agulhas 9.7. Agarre o frasco multidose com a mão não dominante. Com a seringa e agulha acoplada e virada para baixo pique a borracha do frasco multidose. Inverta a posição do conjunto seringa, agulha e frasco de forma a ficar com a agulha (no frasco) virada para cima e submersa na solução. Aspire lentamente do frasco o volume de solução correspondente à dose de fármaco a administrar. Assegure-se de que não existem bolhas de ar na	9.1. Previne o erro 9.2. Permite o reconhecimento macroscópico a qualidade do fármaco e o seu acondicionamento. 9.3. Diminui o desconforto causado pela administração de terapêutica fria. 9.4. Previne contaminação e minimiza o risco de infeção 9.5. Permite a execução do procedimento 9.7. Evita complicações. Permite aceder à solução/ fármaco presente no frasco multidose.

seringa. Caso existam embata levemente com o dedo na seringa para as agregar e mobilizar para a porção superior da seringa devendo posteriormente (e sem desconectar a agulha ou retirá-la do frasco multidose), injetar o ar para o frasco multidose e obter dele o volume de solução correspondente.	
9.8. Verifique novamente a quantidade de medicamento na seringa. Quando tiver o volume de solução correto a administrar na seringa (sem presença de bolhas de ar) volte a inverter o conjunto seringa, agulha e frasco de forma a ficar com a agulha (no frasco) virada para baixo.	9.8. Previne a formação de bolhas de ar na seringa; garante a passagem do volume/ dose de fármaco a administrar para o conjunto seringa e agulha.
9.9. Retire a seringa com a agulha de preparação acoplada do frasco multidose. Pouse o frasco multidose e passe a seringa da mão dominante para a mão não dominante, segurando-a com a mão virada para cima	9.9. Garante o volume/ dose de fármaco corretos. Permite a continuidade do procedimento
9.10. Com a mão dominante no êmbolo da seringa aspire da agulha de preparação volume de solução que a preenche	
9.11. Retire a agulha subcutânea de preparação e coloque-a no contentor de corto perfurantes	9.11. Cumpre normas de separação de resíduos.
9.12. Adapte a segunda agulha subcutânea de iguais dimensões, para a administração de fármaco da seringa	9.12. Assegura a deposição do fármaco no tecido subcutâneo.
9.13. Com a nova agulha acoplada à seringa e virada para cima, acerte na seringa o volume de solução a administrar	9.13. Permite expurgar o ar da nova agulha sem perda de volume de fármaco. A utilização de uma nova agulha é menos dolorosa, a agulha pode ficar danificada durante a punção da borracha do frasco.
9.14. Rotule a seringa, e coloque-a no tabuleiro juntamente com o restante material para o transportar à unidade da pessoa	9.14. Permite a continuidade do procedimento

9.15. Comparar a medicação identificada com o rótulo	9.15. Facilita o procedimento e previne acidentes
10. Realize a higiene das mãos	10. Minimiza o risco de infeção
11. Acalme a criança e diminua a sua ansiedade (de acordo com o seu estadio de desenvolvimento)	11. Permite a colaboração da criança e cuidadores no procedimento.
12. Selecione o local mais adequado para administração da terapêutica. Pressione levemente a pele e corra toda a área de aplicação com as pontas dos dedos. Na presença de edema, nódulos, depressões superficiais, dor ou mudança de cor, não utilizar a área para a administração terapêutica	12. Avaliar a área de aplicação para evitar complicações. Estes sinais podem indicar infeção ou inflamação.
13. Posicione e ajude a posicionar o/a recém-nascido, criança ou jovem conforme o local selecionado para a administração de terapêutica, verificando o local da administração e analise a quantidade de tecido adiposo. 13.1. Alterne os locais de administração se aa criança for administrado frequentemente terapêutica subcutânea. 13.2. Permita que a cuidadores, se presente ajude a manter a posição da criança para promover a sua segurança durante a administração	13. Previne a administração do fármaco em zonas lesadas. Minimiza o risco de infeção. Promove o conforto e facilita o procedimento. 13.1. Diminui o risco de lipodistrofia 13.2. Promove o conforto e facilita a execução da técnica
14. Exponha somente o local selecionado e realize a limpeza do local, respeitando o tempo de secagem .	14. Garante o respeito pela privacidade. Permite a visualização do local a puncionar. Assegura a inativação das bactérias da superfície. Minimiza o risco de infeção.
15. Confirme a terapêutica subcutânea, verificando o rótulo da seringa e administre-a: 15.1. Com a mão dominante mantenha a seringa. Ao retirar a cápsula da agulha assegure-se de que o bisel fica voltado para cima;	15. Previne o erro. 15.1. Permite a execução da técnica.

15.2. Com a mão não dominante segure numa compressa e faça uma prega cutânea afastando-a do músculo subjacente caso a pessoa tenha pouco tecido adiposo; 15.3. Avise a criança que ela sentirá desconforto aquando a inserção da agulha 15.4. Insira a agulha hipodérmica num ângulo de 45º ou 90º, de acordo com o comprimento da agulha e tecido adiposo da criança ou jovem. A agulha deve ser inserida de forma rápida e única, a administração deve ser lenta e deve-se assegurar que o êmbolo foi pressionado totalmente. 15.5. Desfaça a prega cutânea[3]. 15.6. Fixe o canhão da agulha entre o primeiro e segundo dedos da sua mão não dominante; 15.7. Realize a aspiração[4]; 15.8. Se não existir refluxo de sangue, injete lentamente a medicação; se existir retirar a agulha, descartar a medicação e preparar outra dose para administração. Reposicione o conjunto seringa-agulha retirando-a parcialmente e mudando o seu ângulo de inserção. Volte a confirmar; 15.9. Retire a agulha respeitando o trajeto da sua inserção e seguidamente exerça pressão leve com a compressa no local de punção Não massajar. 15.10. Verifique se há sangramento e hematomas	15.2. Reduz a sensação dolorosa da inserção da agulha. Reduz o risco de administração do medicamento no músculo. 15.3. Auxilia a distrair a criança, de modo a reduzir a ansiedade 15.4. Facilita a introdução do medicamento no tecido adiposo. Permite a administração do medicamento 15.6. Prevenir a administração do medicamento num vaso sanguíneo. 15.8. Diminui a sensação dolorosa, permitindo a administração do medicamento em segurança 15.9. Reduz a lesão tecidular e o desconforto, protege o local da punção. Favorece a hemóstase em caso de vasos lesados. Não massajar para não alterar/ aumentar o ritmo de absorção do fármaco 15.10. Previne complicações

[3] No caso da administração de heparina de baixo peso molecular não desfazer a prega.
[4] Não aspire na administração de heparina ou vacinas. A aspiração não é necessário e/ou pode causar hematoma.

16. Coloque a seringa e a agulha no recipiente cortante e acondicione o material utilizado adequadamente.	16. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
17. Informe a criança ou jovem e cuidadores de que o procedimento está terminado e posicione adequadamente criança	17. Promove a relação terapêutica e diminuiu os efeitos negativos associados aos procedimentos dolorosos.
18. Realize a higiene das mãos.	18. Minimiza o risco de infeção.
19. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: 19.1. Data e hora em que a medicação foi preparada e administrada; 19.1. Nome da medicação e dosagem; 19.3. Local utilizado para administrar a medicação. 19.4. Se uma vacina foi administrada, indique o fabricante da vacina, número do lote, data impressa na declaração de informações da vacina) 19.5. Ensinos realizados 19.6. Resposta da criança à injeção, incluindo a dor/desconforto durante e imediatamente após a administração; 19.7. Intercorrências, caso existam (ex.: recusa na administração, terapêutica SOS, eventos inesperados, se o médico foi notificado ou não e quais as intervenções realizadas).	19. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma e identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Incluir fabricante da vacina e número do lote se a terapêutica for uma vacina. Promove a continuidade de cuidados.
20. Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	20. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

21. Se Vacina reavalie criança e jovem após 30 minutos.	21. Antecipa intercorrências e deteta complicações.

REFERÊNCIAS:

Almeida, T. B. (2017). Administração de Medicamento – Via Subcutânea (Sc). Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

Bartley, N. (2017). Advice for Parents/Guardians/Children: Administering a Subcutaneous Injection. Acedido a 16 de novembro de 2018. Disponível em: http://www.olchc.ie/Children-Family/Parent-Patient Information-leaflets/Sub-Cutaneous-Injection-Administration-.pdf

Bartley, N. (2017). Guidelines On The Administration Of Intramuscular And Sub-Cutaneous Injections. Acesso a 21 novembro, 2018. Disponível em: http://www.olchc.ie/Healthcare-Professionals/Nursing Practice-Guidelines/Intramuscular-and-Sub-Cutaneous-Injections-.pdf

Bartley, N. (2012). Administering intramuscular and subcutaneous injections in children. WIN. 20, 39-42. Acedido a 12 de novembro via: https://www.inmo.ie/attachment.aspx?doc=2698

Bowden, V. A. & Greenberg, C. S. (2013). Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cinahl Information Systems. (2017). Administration of Medication in Children: Subcutaneous Injection.

EBSCO Information Services.

Cocoman, A., & Barron, C. (2008). Administering subcutaneous injections to children: what does the evidence say? Journal of Childrens and Young People Nursing. 2, (2), 84-89.

Departamento de Enfermagem. (2015). Norma de Procedimento: Administração de Terapêutica Subcutânea. IPS ESS

DGS. (2015). Norma da DGS: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acedido a 16 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-az/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx

DGS. (2017). Plano Nacional de Vacinação. Acedido a 16 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao-pdf.aspx

DGS. (2015). Orientação sobre Processo de Gestão de Medicação. Acedido a 17 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx

Helena Fonseca, J. F. (Janeiro de 2005). Normas e Consensos da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Secção de Medicina do Adolescente Sociedade Portuguesa de Pediatria.

HelpEliminatePaininKIds. (2009). Clinical Practice Guidelines for Pain Management During Childhood Immunizations. Acesso a 17 de novembro de 2018. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EWBfljQWML4J:https://www.cdha.nshealth.ca/system/files/sites/127/documents/pain-management-during-childhoodimmunizations.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogin S.A. 9ª edição

Infarmed. (2015). Folheto informativo: Informação para o utilizador - Lovenox. Acedido a 16 de novembro de 2018. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5227&tipo_doc=fi

Infarmed. (s.d.). Resumo das caraterisiticas do medicamento: Actrapid. Acesso a 17 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/actrapid-eparproduct-information_pt.pdf

Nursing Practise Committee. (2018). Subcutaneous therapy - intermittent and continuous – adult & pediatric. Acedido a 16 de novembro. Disponível em: https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1074.pdf

Ogston-Tuck. (2014). Subcutaneous injection technique: an evidence-based approach. Nursing standard / rcn publishing. 29, (3), 53-58.

Pilgrim, J. & Schub, E. (2017). Administration of Medication in Children: Subcutaneous Injection. Nursing Practice & Skill.

Potter, P. A & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Sexson, K., Lindauer, A. & Harvath, T. A. (2017). Administration of Subcutaneous Injections. American Journal of Nursing. 117, (5), 7-10.

St. Jude Children's Research Hospital. (2018). Do You Know... How to give subcutaneous injections. Acesso a 10 novembro, 2018. Disponível em: https://www.stjude.org/treatment/patientresources/caregiver-resources/patient-family-education-sheets/home-care-guidelines/how-to-givesubcutaneous-injections.html

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar Terapêutica por Via Subcutânea: LN (Julho2006) Revisão: GRN (Mar. 2005) Elaboração: Margarida Ferreira, Maria José Rossa, Paula Franco, Paula Leal (Jun. 2002). Página 115. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 25. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INTRAMUSCULAR A CRIANÇAS E JOVENS

Carla Trindade, Josefina Lopes, Marta Jesus, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem interdependente que consiste na administração de terapêutica no tecido muscular, através de injeção, de acordo com a faixa etária do/a recém-nascido, criança ou jovem.

OBJETIVOS:

Administrar medicamentos irritantes para o tecido celular subcutâneo.

Possibilitar a administração de volumes maiores de medicamento face à via Subcutânea ou Intradérmica.

Permitir uma absorção intermédia, sendo a via eleita depois da via de administração endovenosa ou quando a via oral não está disponível, ou é inadequada.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Saiba as complicações inerentes à administração de terapêutica intramuscular (abcesso, necrose, hematoma, equimose, infeção, dor, lesão vascular e nervosa);
- Consulte o processo clínico e o registo de terapêutica do/a recém-nascido, criança ou jovem, de forma a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados (como a existência de possíveis indicações e contraindicações para a administração de terapêutica).
- Saiba os efeitos secundários da terapêutica a administrar;
- Saiba identificar os sinais e sintomas de reação alérgica na administração terapêutica;
- Reúna todo o material necessário à administração da terapêutica por via intramuscular;
- Verifique a integridade do medicamento (embalagem, rótulo, validade e aspeto geral) que irá ser administrado;
- Identifique o/a recém-nascido, criança ou jovem pelo nome completo;

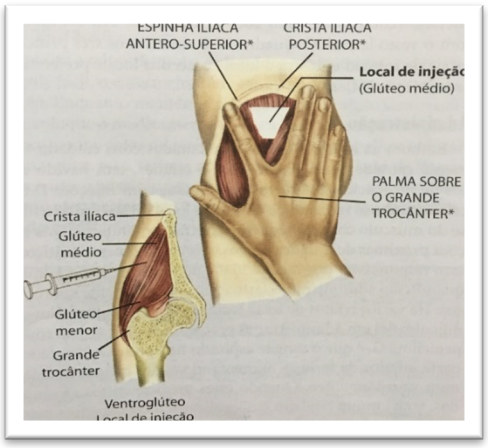
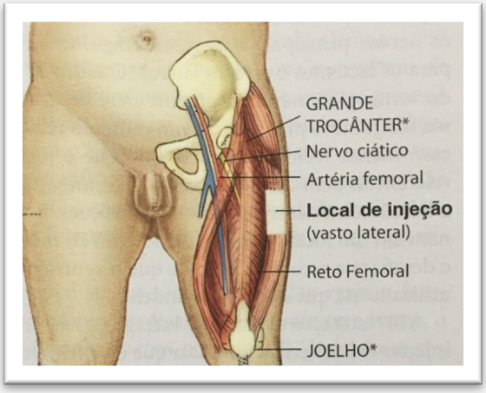
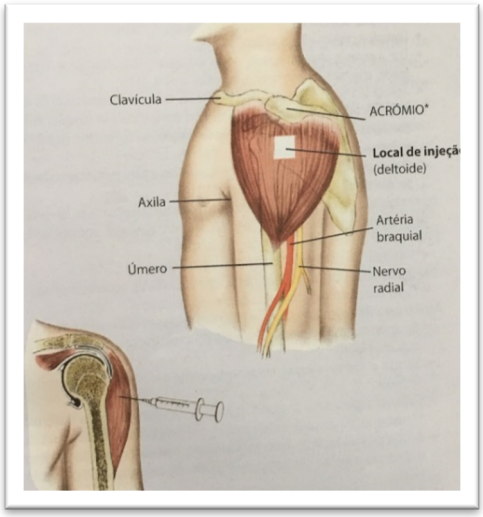
- Tenha em consideração os 9 certos da administração de terapêutica (terapêutica certa; dose certa; via certa; hora certa; cliente certo; documentação certa; ação certa; forma de apresentação certa e resposta certa);
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e à cuidadores;
- Administre e ajuste medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas para alívio da dor;

Faixa etária	Medidas Farmacológicas	Medidas Não Farmacológicas
RN e Lactentes	Pomada anestésica	**Sacarose a 24% ou Glicose 30% (1 a 2ml: 2 min antes da injeção, durante a injeção e até 3 min após a injeção) + sucção não nutritiva** **Método canguru e/ou contenção com lençol** **Amamentação** **Posição fetal**
Toddlers e Pré-escolares	Pomada anestésica	Distração Presença do brinquedo preferido Brincadeira lúdica e terapêutica
Escolares	Pomada anestésica	Preparação Reforço positivo Relaxamento Brincadeira lúdica e terapêutica
Adolescentes	Pomada anestésica	Preparação Reforço positivo Relaxamento Respiração lenta Uso do telemóvel Ouvir música

- Observe e decida o local a administrar a terapêutica tendo em conta a faixa etária e tamanho do/a recém-nascido, criança ou jovem; relação idade/peso; estado da pele no local selecionado; tamanho e acessibilidade do músculo; volume da terapêutica; instruções do fabricante da terapêutica, e capacidade do/a recém-nascido, criança ou jovem em manter a posição necessária com segurança (veja a seguinte tabela):

Faixa etária	Local de administração	Volumes
Pré-termo com menos de 1,5kg	Músculo Vasto Lateral Externo	Máximo 0,5ml
Recém-nascido	Músculo Vasto Lateral Externo - Terço médio da face antero-lateral da coxa	Máximo 1ml
Lactente	Músculo Ventroglúteo	Máximo 0,5ml
	Músculo Vasto Lateral Externo - Terço médio da face antero-lateral da coxa	1 a 2ml
***Toddler,* Pré-escolar e Escolar**	Músculo Ventroglúteo	Máximo 2ml
	Região do músculo deltóide, na face externa do braço	0,5 a 1ml
Adolescente	Músculo Vasto Lateral Externo - Terço médio da face antero-lateral da coxa.	1 a 2ml
	Região do músculo deltóide, na face externa do braço	1 a 2ml
	Músculo Ventroglúteo	2,5 a 4ml

- Considere a divisão de doses de terapêutica, se volumes superiores ao referido, respeitando-se uma distância de 2,5-5 cm, sempre que utilizado o mesmo músculo;
- Após decisão do local a administrar a terapêutica, reflita na localização do músculo (veja as seguintes imagens, com a descrição da localização do músculo):

 Músculo Ventroglúteo	Coloque a base da mão não dominante sobre o trocânter maior com o polegar em direção à virilha, formando um "V" com o dedo indicador e 3º dedo, para que o indicador aponte para a espinha ilíaca antero-superior, e o 3º dedo aponte para a crista ilíaca superior. O local da injeção localiza-se dentro do "V".
 Músculo Vasto lateral externo	Localiza-se no terço médio lateral da coxa entre o topo do trocânter maior e a articulação do joelho.
 Músculo Deltoide Fonte das imagens: De "Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria" de Brown, 2015, Wong's Nursing Care of Infants and Children (10ª ed., Vol. II), p. 1102 e 1103).	Localiza-se 2 dedos abaixo do acrómio. Deve-se administrar a injeção no terço superior do deltoide, a porção mais densa do músculo deltoide.

- Decida o calibre e o comprimento da agulha consoante a faixa etária e o tecido subcutâneo do/a recém-nascido, criança ou jovem, considerando os valores apresentados como de referência:

Faixa etária	Calibre	Comprimento
Recém-nascido	23 a 25G	16mm
Lactente e *Toddler*	23 a 25G	16 a 22mm
Pré-escolar, Escolar e Adolescente	23 a 25G	25mm

- Decida o tamanho da seringa, consoante o volume da terapêutica a administrar.

Durante o procedimento:

- Utilize para reconstituição o solvente de acordo com o fornecedor da terapêutica;
- Coloque o/a recém-nascido, criança ou jovem na posição mais confortável e segura para a administração de terapêutica;
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são uma rede de apoio e segurança para as crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento;
- Reforce as medidas não farmacológicas;
- Incentive a criança ou jovem a relaxar o músculo, quando adequado;
- Deixe secar a solução desinfetante para prevenir o desconforto provocado pela entrada da mesma nos tecidos;
- Realize um movimento suave, rápido e firme aquando da introdução da agulha na pele, para diminuir a dor durante a punção do tecido muscular;
- Administre a terapêutica IM em linha direta ou usando a técnica em Z:

Linha Direta:

- Com a mão não dominante, estique a pele entre o polegar e o dedo indicador;
- Com a mão dominante, segure a seringa entre o polegar e o indicador, como se fosse um dardo;
- Posicione a agulha em um ângulo de 90° na superfície do local da injeção e perfure a pele num movimento suave e rápido;

- Se a aspiração for apropriada, em zonas vascularizadas (não é recomendada nos músculos deltoide, Vasto lateral externo externo e ventroglúteo por serem pouco vascularizados), puxe o êmbolo da seringa para verificar refluxo de sangue;
- Se não existir refluxo de sangue, injete lentamente a medicação; se existir, descarte a medicação e a seringa e prepare outra dose para administração;
- Retire suavemente a agulha pelo mesmo trajeto da inserção;
- Solte a pele para a sua posição normal.

Técnica em Z:

- Com a mão não dominante desloque a pele e o tecido subcutâneo lateralmente ou para baixo e mantenha-os nessa posição;
- Com a mão dominante, segure a seringa entre o polegar e o indicador, como se fosse um dardo;
- Posicione a agulha em um ângulo de 90° na superfície do local da injeção e perfure a pele num movimento suave e rápido;
- Se a aspiração for apropriada, em zonas vascularizadas (não é recomendada nos músculos deltoide, Vasto lateral externo e ventroglúteo por serem pouco vascularizados), puxe o êmbolo da seringa para verificar refluxo de sangue;
- Se não existir refluxo de sangue, injete lentamente a medicação; se existir, descarte a medicação e a seringa e prepare outra dose para administração;
- Aguarde 10 segundo após terminar de administrar a terapêutica
- Retire suavemente a agulha pelo mesmo trajeto da inserção;
- Solte a pele e o tecido subcutâneo para a sua posição normal
- Alterne os locais em caso de administração de terapêutica contínua de forma a prevenir a formação de nódulos ou áreas dolorosas.

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento e informe que o procedimento já terminou;
- Elogiar a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Descarte o material para recipientes próprios;
- Reforce os ensinos de provável ocorrência de complicações e dor devido à administração de terapêutica por via intramuscular;
- Realize registo da administração da terapêutica no processo do/a recém-nascido, criança ou jovem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Prescrição Terapêutica;

Tabuleiro com:

- Luvas limpas;
- Solução desinfetante;
- Compressas limpas;
- Penso rápido;
- Seringa de acordo com a quantidade de terapêutica a administrar;
- Agulha intramuscular de acordo com a faixa etária da criança/jovem;
- Agulha de diluição/aspiração;
- Medicamento a administrar com respetivo solvente (se aplicável);
- Cuvete reniforme;
- Contentor para corto-perfurantes

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INTRAMUSCULAR	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higiene das mãos.	1. Minimiza o risco de infeção.
2. Verifique a prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	2. Confirma a terapêutica e assegura a administração correta. Previne o erro.
3. Prepare todo o material necessário e transporte-o para junto do/a recém-nascido, criança ou jovem. 3.1. Selecione agulha e seringa adequadas.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento. 3.1. Garante a administração da terapêutica no tecido muscular. Minimiza a lesão dos tecidos e o extravasamento para o tecido subcutâneo. Garante a dosagem correta de terapêutica.
4. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	4. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e facilita a exposição de dúvidas e/ou receios.
5. Explique o procedimento à criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.: 5.1. Incentive a presença dos cuidadores.	5. Obtém consentimento e colaboração da criança ou jovem e cuidadores. Diminui o medo e ansiedade. Promove a parceria de cuidados. 5.1. Proporciona conforto e transmite segurança.Facilita o procedimento.

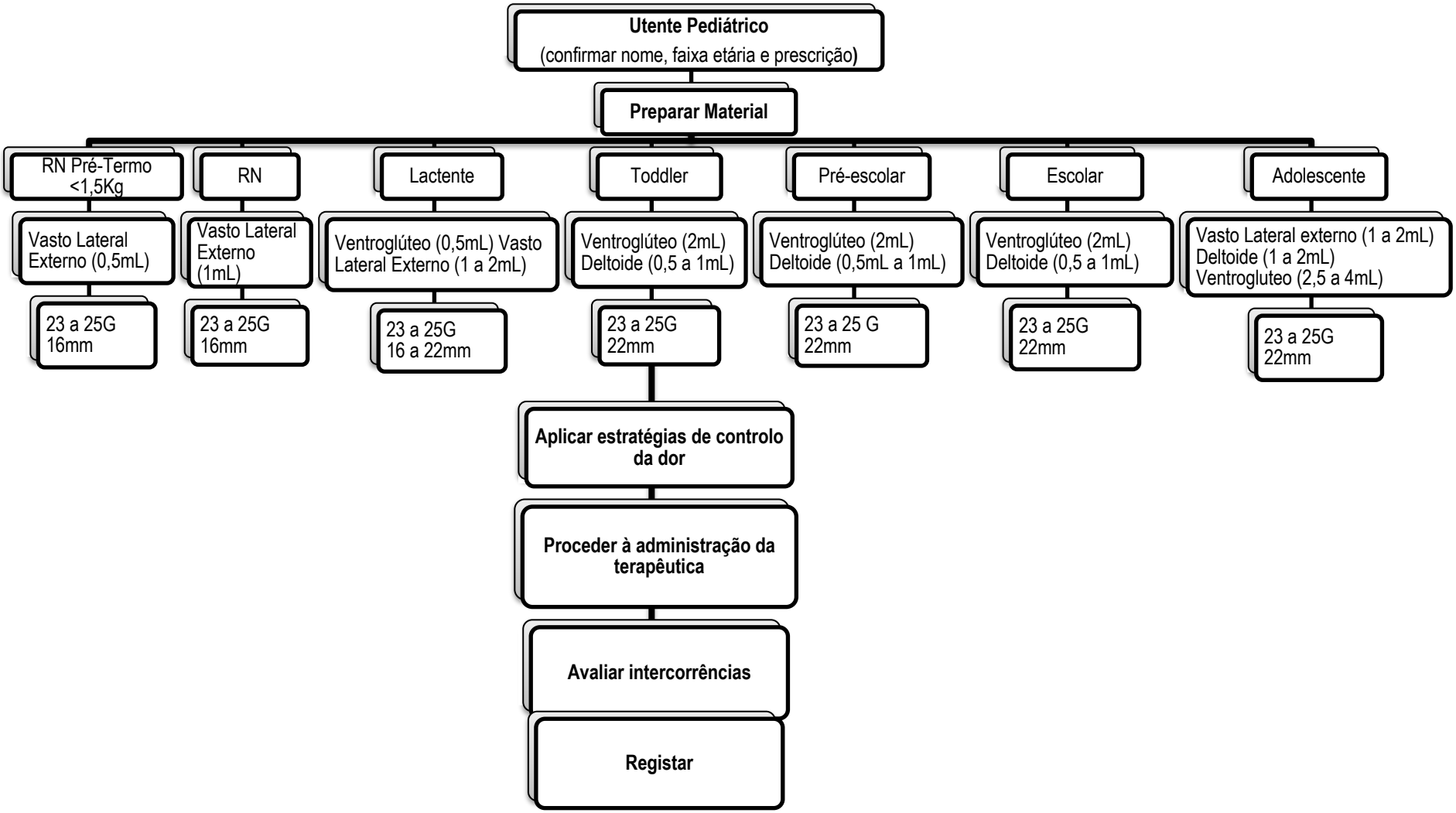
6. Informe que após a administração da terapêutica intramuscular a criança deve movimentar o músculo afetado.	6. Aumenta a velocidade de absorção do fármaco. O calor e a atividade muscular provocam dilatação dos vasos sanguíneos e, consequentemente, maior fluxo de sangue e maior taxa de absorção.
7. Avalie o/a recém-nascido, criança ou jovem em relação à dor, utilizando o instrumento de avaliação da dor.	7. Permite reduzir o desconforto e ajustar as medidas farmacológicas e não farmacológicas.
8. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	8. Previne erros, evitando a troca acidental do tabuleiro e/ou terapêutica.
9. Realize a higiene das mãos.	9. Minimiza o risco de infeção.
10. Prepare a terapêutica e rotule: 10.1. Verifique os "9 certos" da administração de terapêutica segura. 10.2. Se a medicação for refrigerada aguarde que atinja a temperatura ambiente. 10.3. Proceda à diluição, se necessário. 10.4. Verifique as características da solução (cor e clareza). 10.5. Retire a quantidade apropriada de fármaco do frasco de medicação, mantendo a assepsia, e toque na seringa para expulsar as bolhas de ar. 10.6. Remova a agulha usada para aspiração e coloque-a num contentor para cortantes. 10.7. Adapte a agulha, selecionada, para administração do fármaco na seringa.	10.1. Previne o erro. 10.2. Diminui o desconforto causado pela administração de terapêutica fria. 10.4. Permite o reconhecimento macroscópico de alterações no fármaco. 10.5. Garante a dosagem correta de terapêutica. 10.6. Cumpre normas de separação de resíduos. 10.7. Assegura a deposição do fármaco no tecido muscular.
11. Selecione o músculo mais adequado para administração da terapêutica.	11. Evita o extravasamento de terapêutica e atrofia muscular quando volumes grandes de terapêutica são administrados em músculos pequenos.
12. Posicione o/a recém-nascido, criança ou jovem conforme o músculo selecionado para a	12. Promove o conforto e facilita o procedimento. Previne a administração do fármaco em zonas lesadas.

administração de terapêutica, e verifique se não existe dor no local, infeção ou contusão: Músculo Ventroglúteo: decúbito dorsal, ventral ou lateral; Músculo vasto lateral externo: decúbito dorsal, lateral ou sentado; Região do músculo deltoide: sentado. 12.1. Imobilize a criança, se necessário.	Minimiza o risco de infeção. 12.1. Reduz o risco de lesão por movimento durante a administração de terapêutica.
13. Exponha somente o local selecionado e desinfete o local deixando secar ao ar.	13. Garante o respeito pela privacidade. Permite a visualização do local a puncionar. Minimiza o risco de infeção.
14. Confirme a terapêutica intramuscular e administre-a escolhendo a técnica em linha direta ou a técnica em Z: 14.1. Com a mão não dominante, retire a cápsula da agulha e estique a pele entre o polegar e o dedo indicador; 14.2. Com a mão dominante, segure a seringa entre o polegar e o indicador; 14.3. Posicione a agulha em um ângulo de 90° na superfície do local da punção e puncione a pele num movimento rápido e firme; 14.4. Realize a aspiração, se apropriada[5]. 14.5. Se não existir refluxo de sangue, injete lentamente a medicação; se existir, descarte a medicação e a seringa e prepare outra dose para administração 14.6. Retire suavemente a agulha pelo mesmo ângulo da inserção e em simultâneo solte a pele	14. Previne o erro. Permite adequar a técnica às características da terapêutica 14.1. Permite a execução da técnica. 14.3. Reduz a sensação dolorosa da inserção da agulha. 14.4. Evita a administração terapêutica na corrente sanguínea e, consequentemente, fármacos de grandes moléculas como a penicilina, a ocorrência de embolia. .

[5] Em zonas vascularizadas verifique o refluxo de sangue, puxando o êmbolo da seringa. Não é recomendada nos músculos deltoide, vasto lateral externo e ventroglúteo por serem pouco vascularizados.

e/ou tecido subcutâneo e faça compressão do local com uma compressa usando a outra mão; 14.7. Não massajar; 14.8. Aplicar penso rápido, se necessário.	14.6. Favorece a hemóstase. 14.7. Reduz a lesão no tecido muscular e/ou extravasão no tecido subcutâneo.
15. Coloque a seringa e a agulha no recipiente cortante e acondicione o material utilizado adequadamente.	15. Promove arrumação. Minimiza o risco de infeção e previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
16. Informe a criança ou jovem e cuidadores de que o procedimento está terminado.	16. Promove a relação terapêutica e diminuiu os efeitos negativos associados aos procedimentos dolorosos.
17. Solicite que aguardem 30 min após a administração da injeção.	17. Permite detetar e atuar em caso de reação anafilática.
18. Realize a higiene das mãos.	18. Minimiza o risco de infeção.
19. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: 19.1. Data e hora em que a medicação foi preparada e administrada; 19.2. Nome da medicação e dosagem; 19.3. Local e técnica utilizada para administrar a medicação. Se foi administrado mais do que um fármaco no mesmo músculo, registe os locais separadamente; 19.4. Ensinos realizados; 19.5. Intercorrências, caso existam (ex.: recusa na administração, terapêutica SOS, alergias).	19. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Incluir fabricante da vacina e número do lote se a terapêutica for uma vacina. Promove a continuidade de cuidados.
20. Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	20. Promove a classificação para a prática de enfermagem.
21. Reavalie o/a recém-nascido, criança ou jovem após 30 minutos.	21. Antecipa intercorrências e deteta complicações.

FLUXOGRAMA:


Utente Pediátrico
(confirmar nome, faixa etária e prescrição)
Preparar Material
RN Pré-Termo <1,5Kg
RN
Lactente
Toddler
Pré-escolar
Escolar
Adolescente
Vasto Lateral Externo (0,5mL)
Vasto Lateral Externo (1mL)
Ventroglúteo (0,5mL) Vasto Lateral Externo (1 a 2mL)
Ventroglúteo (2mL) Deltoide (0,5 a 1mL)
Ventroglúteo (2mL) Deltoide (0,5mL a 1mL)
Ventroglúteo (2mL) Deltoide (0,5 a 1mL)
Vasto Lateral externo (1 a 2mL) Deltoide (1 a 2mL) Ventrogluteo (2,5 a 4mL)
23 a 25G 16mm
23 a 25G 16mm
23 a 25G 16 a 22mm
23 a 25G 22mm
23 a 25 G 22mm
23 a 25G 22mm
23 a 25G 22mm
Aplicar estratégias de controlo da dor
Proceder à administração da terapêutica
Avaliar intercorrências
Registar

REFERÊNCIAS:

Abreu, A. P. (2015). Erro Associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, Coimbra. Obtido em 22 de Março de 2018, de https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:5361

Brown, J., Gillerpie, M., & Chard, S. (2015). The dorso-ventro debate: in search of empirical evidence. 24 (2). British Hournal of Nursing. doi:10.12968/bjon.2015.24.22.1132

Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. II, pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.

Caple, C., & Heering, H. (outubro de 2017). Administration of Medication in Adults: Intramuscular. Cinahl Information Systems. Obtido em 15 de março de 2018

Caple, C., & Heering, H. (16 de fevereiro de 2018). Administration of Medication: Z-track Injection. Cinahl Information Systems. Obtido em 15 de março de 2018

Coelho, A. ([S.D]). Qualidade- Clínica Organizacional e Inovação. Departamento da Qualidade na Saúde. Obtido em 04 de Março de 2018, de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/.../anabela-coelho-pdf.aspx

Comissão de Formação da OE. (Julho de 2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. 1-12. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 14 de Março de 2018, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Cordero, M., & Garcia, L. (2015). Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos. Nutricion Hospitalaria. Obtido em 23 de Fevereiro de 2018, de http://www.nutricionhospitalaria.org/nutricion-hospitalaria-vol-34-no-2/

Correia, M. (2015). Analise custo-eficácia de anestésicos tópicos na punção venosa em crianças. Lisboa: ISCTE.

Despacho n.º5613. (27 de Maio de 2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. 13550-13553. Diário da República, 2.ªsérie - N.º102. Obtido em 04 de Março de 2018, de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf

Despacho nº 3635/2013. (13 de março de 2013).Diário da República, 2º série, nº47. Obtido em 1 de dezembro de 2017, de https://legislacaoportuguesa.com/despacho-n-o36352013-d-r-n-o-47-parte-c-serie-ii-de-2013-03-07/

Dilek, K., Uzelli, D., & Karaman, D. (Maio-Agosto de 2015). Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative? International Journal of Caring Sciences, 8, pp. 507-513. Obtido em 27 de Fevereiro de 2018, de http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3drzh%26AN%3d102972288%26lang%3dpt-br%26site%3deds-live%26sc

Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças. Lisboa: DGS. Obtido em 7 de Março de 2018, de https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n-0222012-de-18122012png.aspx

Direção Geral de Saúde. (julho de 2017). Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: DGS. Obtido em 7 de Março de 2018, de https://www.dgs.pt/saude-a-az.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/programanacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao

Ferrito, C. (2007). Enfermagem Baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. Percursos, 2n nº3, pp. 36-40. Obtido em 04 de Março de 2018, de http://hdl.handle.net/10400.26/9019

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. I, pp. 188-239). Loures: Lusociência.

Lacey, S., Smith, J., & Cox, K. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Hughes RG. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2662/

Mota, O., Brito, E., & Vieira, T. (2016). Preparo de Medicamentos administrados via intramuscular na pediatria: atuação da equipe de enfermagem. 21. Cogitare Enfermagem. Obtido em 4 de Março de 2018, de revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45619

Ordem dos Enfermeiros . (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Ordem dos Enfermeiro. Obtido em 2 de março de 2018, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Orgston-Tuck, S. (2014). Intramuscular injection technique an evidence-based approach. Nursing Standard. Obtido em 23 de Fevereiro de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/266085481_Intramuscular_injection_technique_an_evidence-based_approach

Regulamento nº122. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Comuns dO/a enfermeiro/a Especialista. 8648-8653. Diário da República, 2.ªsérie - N.º35. Obtido em 04 de Março de

2018, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (Março de 2007). Manual de Normas de Orientação Clínica - CEMBE da FML. Lisboa: Linha Editorial, Lda. Obtido em 04 de Março de 2018, de http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf

Veiga et al. (2011). Manual de Procedimentos de Enfermagem Procedimentos Técnicos (2º Edição ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde IP. Obtido em 2 de março de 2018, de http://forumenfermagem.org/dossiertecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/manual-de-procedimentos-tecnicos-deenfermagem-acss#.WqG16ejFLIU

Vilelas, J. (2009). Investigação: O Processo de Construção de Conhecimento (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Walsh, K., & Caple, C. (2 de Junho de 2017). Administration of Medication in Neonates: Intramuscular. Cinahl Information Systems. Obtido em 22 de fevereiro de 2018

Walsh, K., & Schub, T. (27 de outubro de 2017). Administration of Medication in Pediatric Patients: Intramuscular. Cinahl Information Systems. Obtido em 22 de fevereiro de 2018

Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Cuidadores. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. I, pp. 491552). Loures: Lusociência.

Woods, D., Johnson, J., Mehra, J., Thomas, E., Ogata, E., & Lannon, C. (2005). Anatomy of a patient safety event: a pediatric patient safety taxonomy. BMJ Journals. Obtido de http://qualitysafety.bmj.com/content/14/6/422

Yapucu, G., Ceylan, B., & Bayindir, P. (2015). Is the ventrogluteal site suitable for intramsucular injections in children under the age of three? 72 (1)(Journal of Advanced Nursing). doi:10.1111/jan.12813

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por via intramuscular - Aprovação: LN (Out. 2005) Revisão Científica: GRN (Out 2005) Atualização: Mariana Pereira (Out. 2005) Elaboração: Margarida Ferreira; Paula Franco; Paula Leal (Nov. 2002). Página 103. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 26. ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA ENDOVENOSA A CRIANÇAS E JOVENS

Ana M.Peres, Ana Ratão, Gianina Apostol, Mariana Sobrinho, Ana R.Figueira, Francisco Vaz & Ana Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento de Enfermagem com carácter interdependente que consiste na administração de terapêutica por punção venosa periférica em um recém-nascido, criança ou jovem.

OBJETIVOS:

Obter um efeito terapêutico;

Permitir uma atuação rápida do medicamento (uma vez que o medicamento passa pelo processo de absorção e pode ser administrado diretamente no plasma, pelo que a sua ação é imediata);

Administrar doses elevadas de medicamentos que não podem ser administradas pelas outras vias;

Manter e/ou repor o equilíbrio hidro-eletrolítico, assim como as concentrações adequadas de vitaminas e lípidos;

Restabelecer o volume sanguíneo (nos casos de desidratação, diarreia, queimaduras, hemorragia, choque ou cirurgias, alta concentração sérica de um fármaco).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Saiba as complicações inerentes à administração de terapêutica endovenosa **(inflamação, infeção, flebite e extravasão de medicamento**);
- Consulte o processo clínico e o registo de terapêutica do/a recém-nascido, criança ou jovem, de formar a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados (como a existência de possíveis indicações e contraindicações para a administração de terapêutica).
- Conheça as incompatibilidades dos fármacos assim como dos seus efeitos nos locais de administração;
- Saiba os efeitos secundários da terapêutica a administrar;

- Saiba identificar os sinais e sintomas de reação alérgica na administração terapêutica;
- Reúna todo o material necessário à administração da terapêutica por via endovenosa;
- Verifique a integridade do medicamento (embalagem, rótulo, validade e aspeto geral) que irá ser administrado;
- Identifique o/a recém-nascido, criança ou jovem pelo nome completo;
- Tenha em consideração os 9 certos da administração de terapêutica (terapêutica certa; dose certa; via certa; hora certa; cliente certo; documentação certa; ação certa; forma de apresentação certa e resposta certa);
- Adquira previamente conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, para que todos os cuidados prestados sejam adequados e realizados de forma segura;
- Avalie a compreensão dos cuidadores e da criança ou jovem sobre a necessidade da terapêutica endovenosa ser administrada;
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e à cuidadores;
- Avalie a altura, o peso, a idade e a hidratação do/a recém-nascido, criança ou jovem, pois são fatores a serem considerados no cálculo da dosagem da medicação e das necessidades hídricas;
- Na administração de terapêutica endovenosa a recém-nascidos e crianças existem fatores a considerar como:
    - Dosagem a ser administrado,
    - Diluição mínima de medicamento, quando a criança está em restrição hídrica,
    - Tipo de solução em que o medicamento pode ser diluído,
    - Intervalo de tempo em que o medicamento pode ser administrado em segurança,
    - Ritmo de perfusão de acordo com a criança, o sistema vascular e e o equipamento de perfusão,
    - Tempo que o medicamento tem de ser administrado,
    - Compatibilidade entre os vários medicamentos e soluções que a criança já tem em perfusão e que tem prescrito.
- Decida o tamanho da seringa, consoante o volume da terapêutica a administrar.
- Avalie sempre a permeabilidade e o local de punção e se necessário substitua o acesso venoso periférico e/ou sistema de perfusão de acordo com protocolo da unidade/orientações do fabricante, a fim de reduzir o risco de infeção e prevenir lesão venosa e/ou de tecidos;

- Se necessária punção venosa periférica, administre medidas farmacológicas prescritas como pomada anestésica e ajuste as medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Avalie e utilize um sistema de perfusão venoso com o comprimento suficiente para a mobilização da criança ou jovem.

Durante o procedimento:

- Utilize para reconstituição o solvente de acordo com o fornecedor da terapêutica;
- Coloque o/a recém-nascido, criança ou jovem na posição mais confortável e segura para a administração de terapêutica;
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são vistos como uma rede de apoio e segurança para as crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento;
- Reforce as medidas não farmacológicas;
- Monitorize possíveis efeitos secundários ou reações adversas;
- Interrompa a perfusão da terapêutica imediatamente se houver infiltração ou apresentar reação alérgica, e notifique o médico.

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento, informando-a que o procedimento já terminou;
- Elogie a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Descarte o material para recipientes próprios;
- Realize registo da administração da terapêutica no processo do/a recém-nascido, criança ou jovem.

MATERIAL NECESSÁRIO:	
Prescrição Terapêutica; Tabuleiro com: Luvas limpas; Solução desinfetante; Compressas limpas; Garrote;	Se necessário acesso venoso periférico: Pomada anestésica ou Sacarose Oral 24% ou Glucose 30% Ampola, consoante a idade; Cateter periférico endovenoso/Abocath® (calibre 20G, 22G, 24G ou 26G);

Resguardo impermeável; Seringa de acordo com a quantidade de terapêutica a administrar; Seringa com NaCl 0,9%; Agulha de diluição/aspiração; Agulha endovenosa (24 a 22G); Terapêutica a administrar com respetivo solvente (se aplicável); Cuvete reniforme; Contentor para corto-perfurantes; Escala de Avaliação de Intensidade da dor adequada à idade da criança.	Sistema de perfusão (sistemas de soros, controlador de fluxo, torneira de 3 vias e prolongamento), se necessário; Válvula bidirecional polivalente desinfetável (bionector ®), se necessário; Compressas esterilizadas; Adesivo esterilizado, poroso e transparente; Equipamento infravermelho de visualização de veias (se disponível); Equipamento de perfusão, se necessário.

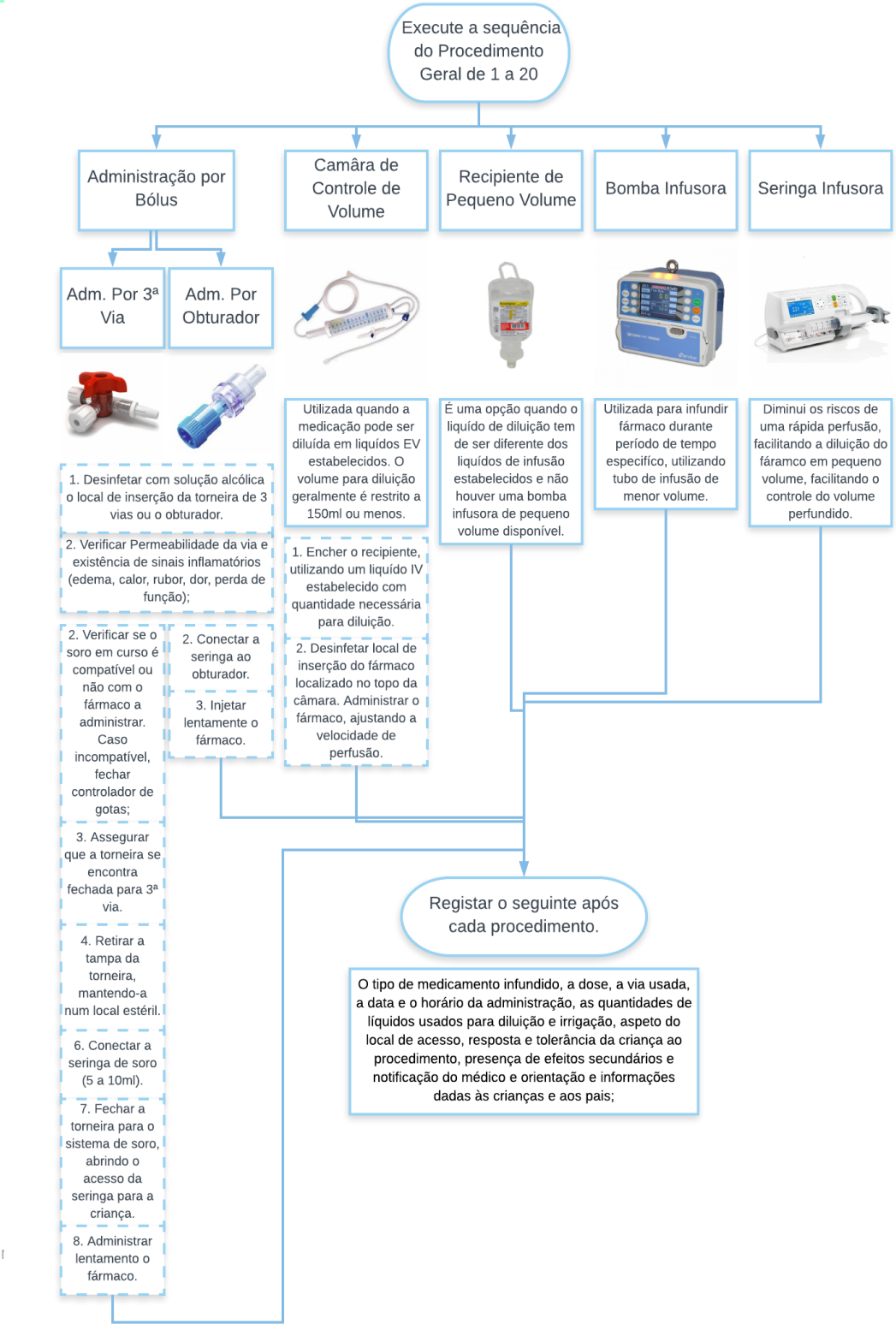
ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA ENDOVENOSA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higienização das mãos.	1. Minimiza o risco de infeção.
2. Verifique a prescrição médica e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem.	2. Confirma a prescrição e assegura os "nove certos". Previne o erro.
3. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	3. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
4. Informe e prepare a criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento sobre o procedimento de medicação e avalie os conhecimentos da criança ou jovem e cuidadores: 4.1. Incentive a presença dos cuidadores	4. Garante condições para obtenção do consentimento livre e esclarecido e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores e previne complicações 4.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. Facilita o procedimento.
5. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da criança;	5. Economiza tempo e facilita o procedimento;

6. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.	6. Identifique o tabuleiro da criança e preencha a etiqueta que identifica o medicamento a administrar.
7. Realize a higienização das mãos.	7. Minimiza o risco de infeção
8. Confira a folha de registo de terapêutica com o respetivo medicamento;	8. Previne o erro.
9. Prepare a terapêutica e rotule: 9.1. Verifique os "9 certos" da administração de terapêutica segura. 9.2. Verifique a validade do fármaco, as condições de integridade do frasco multidose e as características da solução, nomeadamente coloração e limpidez. 9.3. Se a medicação for refrigerada aguarde que atinja a temperatura ambiente. 9.4. Se for o caso, desinfete a borracha do frasco multidose.	9. Previne o erro 9.2. Permite o reconhecimento macroscópico a qualidade do fármaco e o seu acondicionamento. 9.3. Diminui o desconforto causado pela administração de terapêutica fria. 9.4. Previne contaminação e minimiza o risco de infeção.
10. Posicione a criança, convenientemente, de acordo com a sua idade, solicitando o apoio dos cuidadores;	10. Promove o conforto e a segurança da criança. O escolar e adolescente podem ajudar a selecionar o local, de forma a manter algum grau de controlo.
11. Observe a área circundante ao trajeto venoso selecionado	11. Identifica sinais que contraindiquem a punção
12. Coloque um resguardo impermeável sob o local de administração da terapêutica;	12. Protege o lençol de eventuais perdas de sangue ou medicamento;
13. Exponha somente o local selecionado e identifique qual o adjuvante presente (Fluxograma de atuação).	13. Garante o respeito pela privacidade. Permite a visualização do local a administrar terapêutica ou puncionar.
14. Realize a limpeza do local, respeitando o tempo de secagem.	14. Assegura a inativação das bactérias da superfície. Minimiza o risco de infeção.
15. Verifique o local de inserção quanto à permeabilidade, realizado um *flush* de NaCl 0.9%.	15. Permite a permeabilidade da veia e evita oclusões. Permite validar a necessidade de realizar o procedimento: Puncionar veia Periférica.

Se necessidade de puncionar considere e realize o procedimento de puncionar veia periférica (Norma 25), utilizando um dos adjuvantes mencionados no fluxograma de atuação: - a faixa etária e as necessidades cognitivas, de desenvolvimento e de mobilidade; - se é o membro dominante, articulação ou restritiva de movimentos.	
16. No final da administração de terapêutica faça um *flush* de soro fisiológico com a seringa ou coloque em perfusão a solução prescrita;	16. Permite a permeabilidade da veia e evita oclusões;
17. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	17. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos.
18. Informe a criança ou jovem e cuidadores de que o procedimento está terminado e posicione adequadamente criança.	18. Promove a relação terapêutica e diminuiu os efeitos negativos associados aos procedimentos dolorosos. Minimiza o desconforto associado ao procedimento e promove a empatia.
19. Realize a higiene das mãos.	19. Minimiza o risco de infeção.
20. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: Data e hora em que a medicação foi preparada e administrada; Nome da medicação infundida, dosagem e diluição utilizada e quantidade de irrigação Local utilizado para administrar a medicação e características desse local Ensinos realizados e resposta e tolerância da criança ao procedimento.	20. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma e identifica quem realizou o procedimento. Valida a administração. Documenta legalmente a administração. Promove a continuidade de cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

Intercorrências, caso existam (ex.: recusa na administração, terapêutica SOS, eventos inesperados, se o médico foi notificado ou não e quais as intervenções realizadas). Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	

FLUXOGRAMA:



REFERÊNCIAS:

Bowden, V. R. & Greenberg, C. S. (2003). *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica.* EUA:Guanbara Koogan. 1ª Edição. CEP – 20040-040.

Direção Geral de Saúde, D. (17 de dezembro de 2015). Orientações e Circulares Informativas. Obtido em novembro 6, 2018. Disponível de Direção Geral de Saúde: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx

IPS (2015). *Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem na Administração de Terapêutica por Via Endovenosa*. Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Farmacêuticos. (2009). *Norma de Orientação Farmacêutica Administração de Medicamentos Injetáveis*. Obtido em novembro 11, 2018. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_de_orientacao_farmaceutica_administracao_de_medicamentos_injectaveis_7408472695ab147a10b1fb.pdf?fbclid=IwAR2pEyUSsXVLnjbFZBoa5H3M2_BxgVUBShyV1H4dkbHa6Xk0M0yusyudlec

Farmacêuticos, O. d. (2016, Outubro 10). *Medicamentos em pediatria (II) - Conselhos para um uso seguro*. Obtido em novembro 6, 2018. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_pub_medicamentos_ii_7604286559412acabfc5a.pdf

República, A. d. (1 de Setembro de 1999). *Diário da República Eletrónico.* Obtido em novembro 6, 2018. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/581619

Ribeiro, C. M. (Julho de 2016). *Relatório de Trabalho de Projeto: "Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde"*. Setúbal.

Simón, A. (2016). *Medicamentos em Pediatria (II)- Conselhos para um uso seguro.* Obtido em novembro 3, 2018. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_pub_medicamentos_ii_7604286559412acabfc5a.pdf?fbclid=IwAR3Z0UTbJgYrv1N7Fnatvzi-QtYR9RDTzQzU6r0ZyyRwhjxZDqAvwnspobM

Tatuí, SP. (2018). *Curso de Habilitação Profissional de Técnico em Enfermagem.* Módulo III- Enfermagem Pediatria. Obtido em outubro 27, 2018. Disponível em: https://irp-cdn.multiscreensite.com/64d4fda7/files/uploaded/Apostila_TE-17-18-ModIII-Enfermagem%20Pedi%C3%A1trica.pdf?fbclid=IwAR3GLY9__2GK61YhU8YBZ4h7ACv9zZ1kWr1UWmyc7WGgzMfi17oYkecfHGU

Vilaça, S. (2014). *Procedimentos específicos em contexto de Saúde Infantil e de Pediatria.* Obtido em outubro 27, 2018. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/27784/3/e-

book%20procedimentos%20enf%20SIeP.pdf?fbclid=IwAR1vFyX-5EcM5-H_11bA0OM1dQRlCOhbzbD1V8BltfPxcn6MPksZ47-zPqI

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Norma de Procedimento em Enfermagem – Administrar terapêutica por via endovenosa - Aprovação: LN (Julho 2006) Revisão Científica: GRN (Março 2005) Elaboração: Margarida Ferreira; Paula Franco; Paula Leal (Nov. 2002). Página 89. Volume I Manual de 2006.Técnicas de Enfermagem. Lucília Nunes. Mª Alice Ruivo. Setúbal Julho 2006.

PREVENIR COMPLICAÇÕES

Norma 27. *Imobilizar a Criança Durante os Procedimentos*

Norma 28. *Puncionar veia periférica a crianças e jovens*

Norma 29. *Executar colheita de urina por saco coletor a crianças*

Norma 30. *Inserir cateter urinário nas crianças e jovens*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 27. IMOBILIZAR A CRIANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS

Francisco Vaz& Carla Trindade

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem com carácter autónomo que consiste em envolver a criança (parte/todo) restringindo ou limitando os seus movimentos, de modo a confortá-la e a facilitar o procedimento a realizar.

As **Técnicas de contenção são:** a Contenção manual (Abraço Terapêutico) e Contenção física (Técnica da Múmia, Contenção de Cotovelos, Membros e Colete de Contenção) (Brown, 2014).

OBJETIVOS:

Restringir ou limitar os movimentos por um período curto, para realização de procedimentos.

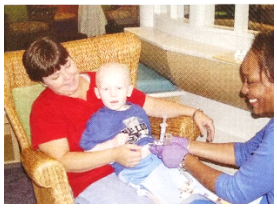
Proporcionar à criança segurança no decurso de procedimentos de forma a não se magoar.

Favorecer a realização exames complementares de diagnóstico e de tratamentos.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Conheça as técnicas de contenção mais utilizadas na área da saúde infantil e pediátrica.

Contenção Manual	**Abraço Terapêutico**	A utilização de uma posição de abraço seguro, confortável, temporário, proporciona o contato físico entre a criança e o cuidador.  **Abraço Terapêutico** Fonte da Imagem: De "Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p. 1087).
	Múmia ou Enfaixa	Quando utilizar: Exame ou tratamento que envolva a cabeça, ou pescoço, ou tórax (ex: punção venosa; alimentação por sonda).

Contenção Física		Um lençol em múmia controla os movimentos da criança.
	Colete de Contenção	Para manter a criança segura na cadeira. Como: O colete é colocado sobre a criança com os laços nas costas para que a criança não seja capaz de manipulá-lo. Pode ser útil na posição horizontal, para manter a criança dentro do berço.
	Membros	Para conter uma extremidade ou limitar o seu movimento. Existem imobilizadores descartáveis de punho e de tornozelo. Estes devem ser adequados ao tamanho da criança e acolchoadas, para evitar pressão, constrição ou lesão dos tecidos. Cuidados: Vigilância frequente de sinais de irritação ou de compromisso da circulação. As extremidades da contenção nunca são fixas nas grades do berço (ao baixar a grade traciona a extremidade, podendo magoar ou provocar lesão). **Contenção do membro** Fonte da Imagem: De "Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p. 1087).
	Cotovelo	Quando utilizar: Após cirurgia do lábio, ou quando foi puncionada uma veia no couro cabeludo, ou para evitar que se coça em doenças da pele. Como: A contenção é enrolada em torno do braço e fixa. Existem várias no mercado. **Contenção de cotovelo** Fonte da Imagem: De "Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p. 1088).

Técnicas de Contenção (Brown, 2014).

- Avalie a criança para determinar, se a necessidade de utilizar um dispositivo de contenção é superior ao risco da sua não utilização.
- Selecione a imobilização mais adequada, tendo em conta o procedimento que irá realizar e a contenção menos restritiva, através da colaboração da criança e dos pais.
- Tenha em consideração que a imobilização só é utilizada como último recurso e o menor tempo possível.
- Informe os cuidadores sobre o procedimento.

- Certifique-se que existe uma prescrição médica.
- Atenda ao fato de uma autorização dos cuidadores ser necessárias para efetuar a imobilização.

Durante o procedimento:

- Promova e respeite a posição anatómica.
- Avalie o conforto da criança.

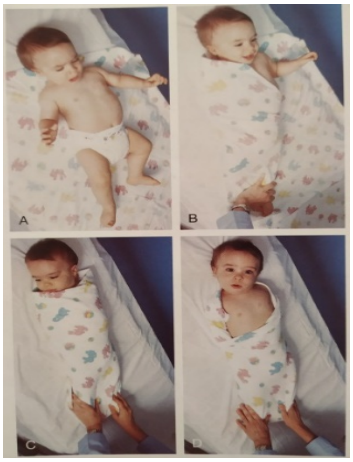
Após o procedimento:

- Avalie e monitorize cuidadosamente as extremidades.
- Avalie e monitorize cuidadosamente a pele por baixo das contenções.

MATERIAL NECESSÁRIO PARA CONTENÇÃO EM MÚMIA:

Lençol ou resguardo (adequados ao tamanho da criança);

IMOBILIZAR A CRIANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS: ATRAVÉS DA CONTENÇÃO EM MÚMIA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Lave higienicamente as mãos.	1. Previne a infeção.
2. Reúna o material e transporte-o para junto do lactente.	2. Economiza tempo e facilita o procedimento.
3. Certifique-se da identidade do lactente.	3. Previne erros.
4. Explique o procedimento aos cuidadores.	4. Obtém a colaboração e consentimento; Minimiza a ansiedade dos cuidadores.
5. Coloque o lactente em cima de um lençol em diagonal com o vértice superior do lençol dobrado.	5. Permite a execução da técnica.

6. Coloque o membro superior esquerdo do longo do corpo e dobre o vértice esquerdo do lençol sobre o lactente e aconchegue-a entalando-a debaixo do corpo do lactente **(Ver Imagem 4)**.  **Aplicação da contenção em múmia** Fonte da Imagem: De "Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria" de Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014, p. 1088).	6. Imobiliza os membros superiores; Promove o conforto.
7. Dobre o vértice inferior do lençol para cima do lactente.	7. Imobiliza os membros inferiores. Promove conforto e segurança.
8. Coloque o membro superior direito ao longo do corpo e por último dobre o vértice direito do lençol sobre o lactente aconchegue e fixe.	8. Finaliza a imobilização. Assegura o conforto e segurança.
9. Verifique se o lençol não está demasiado apertado.	9. Previne alterações a nível circulatório, respiratório e da integridade cutânea.
10. Reúna e acondicione o material utilizado, adequadamente.	10. Promove a arrumação.
11. Lave higienicamente as mãos.	11. Previne a infeção.
12. Registe e documente os resultados. Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	12. Confirma procedimento; identifica quem o executou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Bowden, Vicky; Greenberg, Cindy (2013) – *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Guanabara Koogan S.A. ISBN: 97-885-277-2247-6

Brown, T. Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. Em Hockenberry, M., & Wilson, D, Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9.ª ed., Vol.II, pp.1061-1118). Loures: Lusociência.

Opperman, Cathleen S.; Cassandra, Kathleen (2001) – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures, edições Lusociência. ISBN:972-8383-19-3

Wong, Donna (2013) – *Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier Editora. ISBN 978-85-352-5913-1

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F. (2003). Norma de Procedimento de Enfermagem Imobilizar Lactentes. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice. Manual jun.2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. II, pp.51-78). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS

NORMA 28. PUNCIONAR VEIA PERIFÉRICA A CRIANÇAS E JOVENS

Patrícia Gouveia, Telma Campaniço, Ana Lúcia Ramos & Ana Rita Figueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem interdependente que consiste na introdução de um cateter venoso numa veia periférica em um recém-nascido, criança ou jovem.

OBJETIVOS:

Obter acesso ao sistema venoso do/a recém-nascido, criança ou jovem, de forma contínua ou intermitente, para fins diagnósticos, administração de terapêutica intravenosa, transfusão de hemoderivados ou fornecimento de suporte nutricional.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

- Consulte o processo clínico do/a recém-nascido, criança ou jovem, de formar a diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados;
- Apresente-se à criança ou jovem e cuidadores e identifique-o pelo nome completo;
- Adquira previamente conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, para que todos os cuidados prestados sejam adequados e realizados de forma segura;
- Forneça informação e adeque a comunicação e preparação para o procedimento à criança e jovem consoante a faixa etária e desenvolvimento, e à cuidadores;
- Solicite à cuidadores a sua colaboração no procedimento;
- Incentive a criança ou jovem e cuidadores a colocar questões e a expressar sentimentos, medos e preocupações.
- Administre medidas farmacológicas (anestésicos locais), e medidas não farmacológicas para alívio da dor:

Faixa etária	***Medidas Farmacológicas***	***Medidas Não Farmacológicas***
RN e Lactentes	*Pomada anestésica*[1]	*Sacarose a 24% ou Glicose 30% (1 a 2ml: 2 min antes da injeção, durante a injeção e até 3 min após a injeção) + sucção não nutritiva* *Método canguru e/ou contenção com lençol* *Amamentação* *Posição fetal*
Toddlers e Pré-escolares	Pomada anestésica[6]	Distração Presença do brinquedo preferido Brincadeira lúdica e terapêutica
Escolares	Pomada anestésica	Preparação Reforço positivo Relaxamento Brincadeira lúdica e terapêutica
Adolescentes	Pomada anestésica[1]	Preparação Reforço positivo Relaxamento Respiração lenta Uso do telemóvel Ouvir música

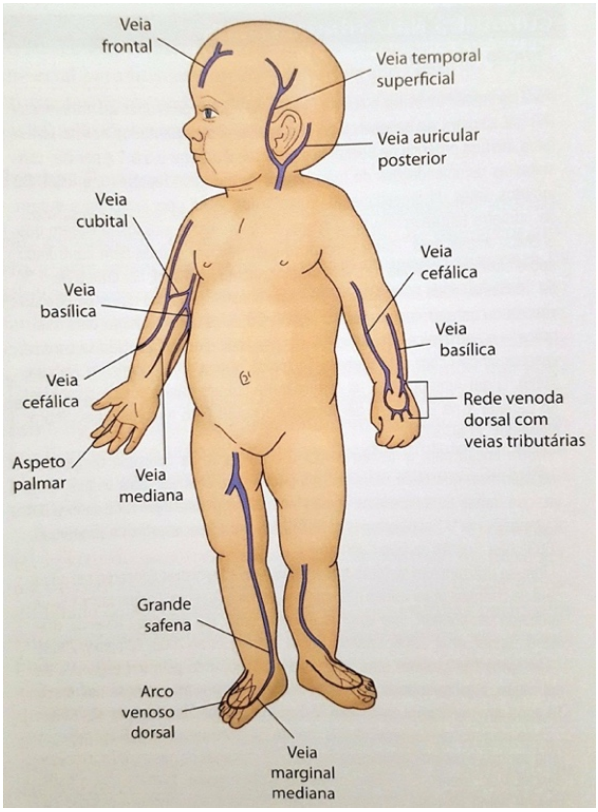
Durante o procedimento:

- Assegurar técnica asséptica na cateterizacão, na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção.

[6] Utilizar o anestésico local existente na unidade: Lidocaína+ prilocaína (EMLA®), aplicar 60 minutos antes do procedimento, tendo uma duração de ação de 4 horas. O seu uso está contraindicado no caso dos recém-nascidos, na lesão cutânea, metahemoglobinemia congénita ou idiopática ou tratamento em simultâneo com paracetamol, fenobarbital ou fenitoína.
Se for utilizada Lidocaína creme lipossómica 4% as dosagens são 1 gr sob a forma de penso oclusivo, cuja aplicação deverá ser feita 30 minutos antes do procedimento

- Posicione a criança numa posição confortável solicitando a colaboração dos cuidadores (exemplo: ao colo, agarrando um brinquedo), e que permita a realização do procedimento em segurança (pondere a contenção se necessário);
- Mantenha a cuidadores envolvida no procedimento, pois são vistos como uma rede de apoio e segurança pelas crianças ou jovens, promovendo a sua cooperação durante o procedimento;
- Reforce as medidas não farmacológicas;
- Escolha o local a cateterizar, dando preferência às regiões mais distais para preservar a integridade venosa, evitando zonas de flexão e se possível o membro não dominante da criança;
- Escolha o calibre do cateter tendo em conta a idade da criança e a veia a cateterizar, sendo que os tamanhos mais pequenos como o 26G e o 24G para recém-nascidos/lactentes e do 24G ao 20G para crianças e adolescentes;
- Coloque adesivo transparente para fixar o cateter e pondere o uso de tala de imobilização se necessário (por exemplo: em cateteres periféricos em flexuras ou junto a articulações)

Locais Preferenciais para Acesso Venoso Periférico em lactentes e crianças



Fonte: Hockenberry, J.; Wilson, D.; Winkelstein, L. 2014

Após o procedimento:

- Avalie a resposta do/a recém-nascido, criança ou jovem ao procedimento; informando-a que o procedimento já terminou;
- Elogie a criança ou jovem, proporcionando confiança e segurança;
- Descarte o material para recipientes próprios;
- Reforce junto da criança ou jovem e cuidadores a necessidade da colocação do CP, quais os cuidados a ter com o mesmo, quais as suas preocupações e duvidas relativamente à técnica realizada.
- Verifique a permeabilidade do CP através da realização de um flush de soro fisiológico com uma seringa, antes de cada utilização;
- Vigie o local de inserção do CP para detetar precocemente complicações: coagulação, oclusão, infiltração, extravasamento, flebite ou infeção.
- Registe no processo clínico da criança ou jovem de todas as informações relevantes relativas à técnica da CVP.
- Troque o CP se este não se encontrar permeável, se for exteriorizado acidentalmente ou se se verificar algum sinal de inflamação ou infiltração no local de inserção do CP;
- Troque o penso do local de inserção do CP, sempre que se justifique.

MATERIAL NECESSÁRIO:

TABULEIRO COM:

Luvas limpas;

Solução antisséptica de base alcoólica (SABA);

Solução Antisséptica Cutânea (clorexidina Spray ou álcool);

Compressas limpas;

Pomada anestésica ou Sacarose Oral 24% ou Glucose 30% Ampola, consoante a idade;

Resguardo impermeável;

Garrote;

Válvula bidirecional polivalente desinfetável (bionector ®);

Adesivo esterilizado, poroso e transparente;

Removedor de adesivo em spray (se disponível);

Contentor para corto-perfurantes;

Duas seringas com NaCl 0,9%;, uma para preenchimento do prolongamento com torneira de três vias e outra para verificar permeabilidade do CP;

Cuvete reniforme;

Cateter periférico endovenoso/Abocath® (calibre 20G, 22G, 24G ou 26G); consoante idade da criança; Prolongamento com torneira de três vias;	Equipamento infravermelho de visualização de veias (se disponível); Escala de Avaliação de Intensidade da dor adequada à idade da criança.

PUNCIONAR VEIA PERIFÉRICA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Realize a higienização das mãos.	1. Minimiza o risco de infeção.
2. Verifique a prescrição médica da punção venosa periférica; e confirme o nome do/a recém-nascido, criança ou jovem	2. Previne o erro;
3. Identifique e apresente-se ao/a recém-nascido, criança ou jovem e cuidadores e promova a privacidade.	3. Previne o erro. Promove um ambiente seguro e permite estabelecer empatia.
4. Informe e prepare a criança ou jovem e cuidadores de acordo com a faixa etária e desenvolvimento sobre o procedimento medicação e avalie os conhecimentos da criança ou jovem e cuidadores: 4.1. Incentive a presença dos cuidadores	4. Garante condições para obtenção do consentimento livre e esclarecido e colaboração da criança ou jovem e dos cuidadores. Permite conhecer a criança e cuidadores e previne complicações 4.1. Diminui medo e ansiedade. Proporciona conforto e transmite segurança. Facilita o procedimento.
5. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da criança;	5. Economiza tempo e facilita o procedimento;
6. Proceda à higienização das mãos ou desinfeção com SABA;	6. Minimiza o risco de infeção;
7. Identifique a veia a cateterizar e escolha um acesso alternativo;	7. Promove a segurança do procedimento;
8. Observe a área circundante das veias selecionadas;	8. Identifica os sinais que contraindiquem a punção venosa periférica;

9. Aplique o anestésico tópico disponível, nos locais selecionados;	9. Minimiza a dor durante o procedimento;
10. Coloque um penso transparente e deixe atuar conforme indicação do fabricante do anestésico se o anestésico existente for em creme;	10. Permite atingir o tempo de atuação necessário para o efeito anestésico;
11. Desinfete as mãos com SABA;	11. Minimiza o risco de infeção.
12. Prepare o material: - Preencha o prolongamento com torneira de 3 vias com SF com auxílio da seringa, se o cateter tiver indicação para permanecer obturado; 12.1. Preencha o sistema de perfusão e o prolongamento com a solução salina prescrita, se tiver indicação para perfusão contínua; 12.2. Escolha os tubos de colheita de sangue necessários, se existir prescrição de análises;	12. Facilita o procedimento; 12.1. Previne a embolia gasosa;
13. Remova os pensos com cuidado, se necessário recorrer a spray removedor de adesivo, após decorrido o tempo recomendado de atuação do anestésico;	13. Minimiza a sensação de dor causada pela remoção do adesivo.
14. Posicione a criança, convenientemente, de acordo com a sua idade, solicitando o apoio dos cuidadores;	14. Promove o conforto e a segurança da criança;
15. Aplique as Intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor escolhidas mediante a idade e desenvolvimento cognitivo da criança;	15. Diminui o medo, a ansiedade e a dor associada ao procedimento;
15. Desinfete as mãos novamente com SABA e calce as luvas não estéreis;	16. Minimiza o risco de infeção. Proteção contra risco biológico
16. Favoreça as condições para a realização da punção venosa periférica: 16.1. Aplique o garrote cerca de 5 a 10 cm acima do local a cateterizar sobre uma peça de roupa;	16. Facilita a visibilidade para a execução da punção venosa periférica:

16.2. Coloque o local a cateterizar numa posição em declive; 16.3. Faça massagem do local a cateterizar dirigindo o fluxo venoso no sentido ascendente;	16.1. Impede o retorno venoso, sem ocluir o fluxo arterial. Reduz a dor causada pela pressão ou pelo repuxar da pele; 16.2. Utiliza a gravidade para aumentar o refluxo sanguíneo; 16.3. Aumenta o fluxo sanguíneo ao local. Ajuda a localizar a veia selecionada e verifica se existe a presença de nódulos;
17. Desinfetar o local a cateterizar com solução antisséptica em spray ou com compressas embebidas (movimentos unidirecionais);	17. Previne a infeção;
18. Deixe secar o antisséptico conforme indicação do fabricante;	18. Minimiza a possibilidade de espasmo venoso provocado por algumas soluções antissétic as;
19. Retire a cápsula protetora do cateter;	19. Permite a realização do procedimento;
20. Insira com a mão dominante o cateter com o bisel voltado para cima num ângulo de 15º a 30º com a pele;	20. Permite a cateterização e previne a perfuração da veia;
21. Reduza a inclinação do cateter após a perfuração da pele;	21. Permite a continuidade do procedimento;
22. Introduza o cateter e observe se reflui sangue para o mandril, fazendo-o progredir lentamente no interior da veia exteriorizando simultaneamente o mandril, sem o retirar completamente;	22. Permite a progressão segura do cateter no interior da veia;
23. Alivie o garrote;	23. Evitar desconforto e congestão venosa, através da diminuição da pressão;
24. Retire o mandril exercendo pressão sobre a extremidade do cateter. Aplique de acordo com o objetivo da punção, prolongamento com torneira de três vias, válvula bidirecional ou sistema de perfusão contínua;	24. Evita o extravasamento de sangue. Mantem a veia acessível com uma porta extra para medicação intravenosa ou colheita de sangue.

25. Fixe o cateter à pele com penso transparente hipoalergénico;	25. Previne a deslocação e a exteriorização do cateter. Permite a visualização do local de inserção do cateter e região circundante para despiste de complicações;
26. Faça um *flush* de soro fisiológico com a seringa ou coloque em perfusão a solução salina prescrita;	26. Permite a permeabilidade da veia e evita oclusões;
27. Adapte, se disponível, uma válvula bidirecional polivalente desinfetável;	27. Evita o manuseamento excessivo da torneira de 3 vias e previne a infeção;
28. Termine a fixação do cateter com restante adesivo hipoalergénico. Recorra a tala de imobilização se necessário tendo em conta a posição anatómica do cateter periférico e idade da criança;	28. Previne complicações musculares e circulatórias associada à mobilização excessiva do local da punção. Proporciona conforto à criança;
29. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	29. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre as normas de separação de resíduos;
30. Realize a higiene das mos	30. Minimiza o risco de infeção;
31. Aplique a escala de avaliação da intensidade da dor adequada à idade da criança;	31. Avalia a dor causada pelo procedimento invasivo;
32. Informe a criança ou jovem e familiares de que o procedimento está terminado e comunique com a criança/cuidadores, fazendo reforço positivo e esclareça dúvidas;	32. Minimiza o desconforto associado ao procedimento e promove a empatia com a criança/cuidadores;
33. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe: 33.1. Data e hora de colocação do cateter periférico;	33. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma e identifica quem realizou o procedimento. Promove as estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor aquando da punção e avalia a sua eficácia. Documenta legalmente a administração. Promove a continuidade de cuidados

33.2. Local e características do local de inserção e método de fixação utilizado. 33.3. Número de tentativas para colocação 33.4. Colheitas de hemoderivados que foram realizadas (se assim se verificarem), 33.5. Tolerância da criança ao procedimento, a sua colaboração e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que foram utilizadas no sentido de minimizar a dor 33.6. Intercorrências, caso existam	
34. Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	34. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Abdelaziz, R., Hafsi, H., Hajji, H., Boudabous, B., Chehida, A., Mrabel, A., Boussetta, K., Barsaoui, S., Sammound, A., Hamzaoui, M., Azzouz, H., Tebib, N. (2017) Peripheral venous catheter complications in children: predisposing factors in a multicenter prospective cohort study. BMC Pediatrics. 17(208). DOI: 10.1186/s12887-017-0965-y

Batalha, J., Costa, L., ALmeida, D., Lourenço, P. , Gonçalves, A., Teixeira, A. (2010). Fixação de Cateteres Venosos Periféricos em Crianças: Estudo Comparativo. Esc Anna Nery, 14 (3):511-581

Cardoso M., Rodrigues J.et al. (2011) Escolha de veias periféricas para terapia intravenosa em recém-nascidos pela equipe de enfermagem. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Nº12

Demir, D. (2017). Does The Use of a Vein Visualization Device for Pheripheral Venous Catheter Placement Increase Sucess Rate in Pediatric Patients?,Pediatric Emergency Care, EUA.

Direção Geral da Saúde, 2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), Norma 022/2012

Direção Geral da Saúde, 2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias), Norma 024/2012

Domingues, G., Morais, F., Júnior, M., (2012) Tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite relacionado ao sítio de inserção. Revista Linkania. Ano 2. Nº3

Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. (2005) Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. Loures: Lusociência.

Frieza, Ana (2016) Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda na Criança e Jovem: Desafios para O/a enfermeiro/a Especialista. Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem da ESEL.Lisboa

Gilboy S, Hollywood E (2009) Helping to alleviate pain for children having venopuncture Paediatric Nurse 21 (8): 14-9.

Goleman, D. (2010). Inteligência emocional: O livro que mudou o conceito de inteligência. Lisboa: Edição em Português

Hockenberry, J.; Wilson, D.; Winkelstein, L. (2014) - Wong Enfermagem da Criança e Adolescente – Volume II. 9.a Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.

Malon, Lorelle, Ullman, Amanda, Phillips, Natalie, Young, Jeanine, Kleidon, Patricia, Murfield, Jenny, Rickard & Claire (2014). Peripheral intravenous catheter duration and failure in paediatric acute care: A prospective cohort study. Emergency Medicine Australasia DOI https://doi.org/10.1111/1742-6723.12305

Melo, E. (2011). Envolvimento dos cuidadores nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. Aveiro. Dissertação de doutoramento Universidade de Aveiro. Acedido em 3 de março de 2013 em Universidade de Coimbra: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_cuidadores.pdf

Oliveira, Graça; Albuquerque, Margarida; Cardoso, Bruno, Manual de Procedimentos Neonatais, 2ª Edição, Açores ISBN: 978-989-20-6858-9

Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010a) – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Vol. 1.

Ordem dos Enfermeiros (2010b) Regulamento das competências especificas dO/a enfermeiro/a especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE, série I, n.6

Ribeiro, C. M. A (2016) Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal, Portugal.

Taddio et al (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal.182 (18)

Veiga, et al. (2011). Administração Central do Sistema de Saúde. Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos. Edição Revista, Lisboa.

Webster J, Osborne S, Rickard CM, New K. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD007798. DOI: 10.1002/14651858.CD007798.pub4

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 29. EXECUTAR COLHEITA DE URINA POR SACO COLETOR A CRIANÇAS

Carla Bessa, João Cruz, Paulo Borges, Ana Lúcia Ramos & Mónica Costa

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de caráter autónomo e interdependente, que consiste na colheita de urina por saco coletor.

É uma técnica não invasiva realizada para análise laboratorial da urina.

OBJETIVOS:

Promover o conforto e segurança;

Permitir a colheita de urina para análise na criança com incontinência de esfíncteres;

Evitar procedimentos traumáticos / dolorosos na criança;

Prevenir a infeção.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Consulte o processo e o plano de cuidados da criança de forma a verificar a prescrição da colheita de amostra de urina;

Prepare o ambiente (calmo, limpo, acolhedor e promovedor da privacidade);

Prepare o material/equipamento adequado à situação;

Prepare a criança/cuidadores, explicando o procedimento e a sua relevância.

Durante o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da criança;

Promova o conforto;

Monitorize a dor durante procedimento;

Aplique os conhecimentos de anatomofisiologia;

Avalie a integridade cutânea para detetar possíveis alterações (edema, maceração, feridas).

Após o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da criança;

Coloque a fralda e o vestuário adequado à criança;

Realize os registos;

Formule diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Água e sabão líquido	Fralda
Adesivo	Luvas
Compressas	Saco coletor de urina autoadesivo
Equipamento de proteção individual (bata, máscara, óculos) em caso de necessidade	Soro fisiológico
	Copo coletor de urina
Seringa de 5 ou 10cc	Etiqueta de identificação do produto e da criança

EXECUTAR COLHEITA DE URINA POR SACO COLETOR	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição da análise.	1. Confirma a prescrição.
2. Identifique a criança.	2. Previne erros de identificação.
3. Certifique-se que não há exposição da criança.	3. Promover a privacidade.
4. Explique o procedimento à cuidadores/criança, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4. Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da criança e cuidadores para a realização do procedimento e promove a parceria de cuidados.

5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.
6. Reúna o material e transporte-o para junto da criança.	6. Economiza tempo e facilita o procedimento.
7. Realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação, após o contacto com material.
8. Coloque luvas não estéreis.	8. Previne a infeção, meio de proteção individual do profissional
9. Posicione a criança (decúbito dorsal, com as pernas ligeiramente abertas para meninos, e as pernas em posição de litotomia (os quadris e joelhos flexionados e as coxas afastadas) no caso das meninas.	9. Confere o conforto e expõe a área corporal onde se vai realizar o procedimento.
10. Observe a área a aplicar o saco coletor de urina.	10. Despista complicações de forma a observar/vigiar a integridade cutânea durante procedimento e após.
11. Realize a lavagem da região: - Meninas Na lavagem do períneo da criança, lave primeiro cada dobra da pele da área genital e o ânus por último. Lave sempre de frente para trás. Substitua a compressa sempre que mudar de zona. - Meninos Lave o escroto primeiro e depois o pénis (da ponta do pénis em direção à base). Substitua a compressa sempre que mudar de zona.	11. Previne a contaminação e infeção.
12. Remova as luvas e coloque novas	12. Previne a infeção.
13. Aplique o saco coletor: Meninas: Aplique o saco coletor na região inferior (área perineal) e prossiga em direção à região superior (área uretral), depois fixe a parte autoadesiva aos grandes lábios;	13. Promove a técnica correta e previne a colocação errada do saco coletor de urina.

Meninos: Coloque o pénis dentro do saco coletor e fixe a parte autoadesiva na região circundante (Mantenha o interior do saco coletor estéril) -Pressione a parte autoadesiva firmemente contra a pele para uma melhor fixação; evitar rugas; não estique o saco coletor depois que ele estiver preso à pele.	
14. Coloque uma fralda de proteção.	14. Evita extração do saco coletor de urina.
15. Certifique-se que a criança fica confortável e a unidade organizada.	15. Confere conforto/privacidade à pessoa.
16. Realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.
17. Observe a criança frequentemente para confirmar se existe amostra, logo que a criança apresente uma micção, retire o saco e colha o produto com uma seringa (5 ou 10cc conforme a quantidade) para um copo estéril. Coloque luvas para o procedimento.	17. Evita o risco acrescido de contaminação da amostra e deterioração dos seus constituintes.
17. Repetir limpeza com colocação de novo saco coletor a cada 30 minutos ou antes, se houver contaminação por fezes. Coloque luvas para o procedimento.	17. Previne a contaminação da amostra.
18. Após a recolha da urina, limpe a criança e coloque a fralda e o vestuário adequado.	18. Previne a contaminação e promove o conforto.
19. Retire as luvas e realize higiene das mãos.	19. Previne a contaminação.
20. Após a colheita da amostra identifique-a (Nome, Dia, Hora e Produto) e envie o produto para o laboratório.	20. Previne o erro ou extravio da amostra de urina.
21. Realize a higiene das mãos.	21. Previne a contaminação.
22. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	22. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento. Identifica quem realizou o procedimento. Permite a continuidade dos

Registe e documente o procedimento (horário, tempo de aplicação, dor e reação da criança). Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Bicho, F., & Vaz, F. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Executar colheita asséptica de urina em lactentes. In L. Nunes & M.A. Ruivo (org.), Manual 2006: Técnicas de Enfermagem, Volume II de III, p. 29-31. Setúbal, Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Diagnóstico e Tratamento da Infeção do Trato Urinário em Idade Pediátrica*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Heering H. & Balderrama D. (2017). Urine Specimen: Obtaining for Laboratory Testing-Pediatric. *Nursing Practice & Skill*. Oct (6), 6-10.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Edição atualizada, revista e adaptada de:

Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M. Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem: Executar colheita asséptica de urina em lactentes. In Nunes, Lucília & Ruivo, Manual jul. 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol.I, p.29). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 30. INSERIR CATÉTER URINÁRIO NAS CRIANÇAS E JOVENS

Francisco Vaz & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter interdependente, que consiste na introdução de uma algália ou cateter (sonda) urinário no interior da bexiga através da uretra.

Realizada nas instituições de saúde, é uma técnica asséptica invasiva utilizada como meio de diagnóstico e/ou como terapêutico. Pode ser um procedimento intermitente (com a utilização de um cateter intermitente, que é um tubo relativamente curto, de lúmen único; o cateter é retirado após o esvaziamento da bexiga) ou permanente/ contínuo (com a utilização de cateter Foley, de lúmen duplo, em que um balão ligado à extremidade proximal do segundo lúmen, o lúmen menor é inflado para ancorar o cateter dentro da bexiga (Woten & Kornusky, 2018; Caple & Pravikoff, 2019).

OBJETIVOS:

Permitir a colheita de amostra de urina estéril, quando não é possível uma amostra limpa por jato médio, saco coletor com banda adesiva ou por punção suprapúbica[7].

Permitir a eliminação de urina em caso de retenção urinária, recolha de urina em caso de incontinência urinária.

Possibilitar a preparação da criança para exames complementares de diagnóstico, diferentes tipos de intervenções cirúrgicas e para o pós-operatório da cirurgia geniturinária.

Monitorizar o débito urinário e o volume residual de urina na bexiga.

Permitir lavagens, irrigações e instilações terapêuticas na bexiga.

[7] NOTA: A punção suprapúbica é uma técnica invasiva para obtenção de uma amostra de urina estéril, utilizada principalmente quando não se tem acesso à bexiga através da uretra (ex. malformações urológicas congénitas) ou para reduzir o risco de contaminação pela introdução de um cateter. É uma técnica realizada pelo médico, com apoio do enfermeiro, que consiste na introdução de uma agulha de calibre 20 ou 21 na linha média, aproximadamente 1 cm acima da sínfise púbica e dirigida verticalmente para baixo. É uma técnica útil na obtenção rápida de uma amostra estéril de urina, pelo que a criança não deverá ter urinado pelo menos durante uma hora (deve ter um volume adequado de urina). É uma técnica dolorosa pelo que o controle da dor durante o procedimento é importante. Pode ser usado gel de lidocaína no local antes da inserção do cateter (ex. pomada com anestésico tópico pode reduzir o desconforto). Durante o procedimento podem ser usadas técnicas de distração e relaxamento como: pedir à criança que sopre bolas de sabão, incentivar respiração profunda ou cantar uma canção (Hockenberry & Wilson, 2014), P.745

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Certifique-se que tem conhecimento relativamente à anatomia e fisiologia do sistema urinário e suas particularidades nas crianças.

Consulte o processo e o plano de cuidados da criança de forma a verificar a prescrição da algaliação;

Analise a história clínica da criança, nomeadamente a existência de lesão ou condição que possa dificultar a realização do procedimento; assim como confirme que a criança não tem alergia ao látex, uma vez que nesta situação terá de utilizar materiais alternativos.

Avalie métodos alternativos à algaliação antes da execução da mesma;

Prepare o ambiente (calmo, limpo, acolhedor e promovedor da privacidade);

Prepare a criança/família, explicando o procedimento e a sua relevância;

Prepare o material/equipamento adequado à situação (selecione o calibre Fr da sonda mais adequada tendo em conta a finalidade da algaliação e o sexo da criança).

Minimize a dor durante procedimento: em caso de necessidade, a extremidade do cateter pode ser lubrificada com ou sem anestésico tópico (como o gel de lidocaína a 2%) antes da inserção para reduzir a dor e fornecer lubrificação (Woten & Kornusky, 2018).

	Calibre (Fr) e extensão do cateter urinário (cm) no sexo feminino	Calibre (Fr) e extensão do cateter urinário (cm) no sexo masculino
Recém-nascido a termo	5-6 Fr (5 cm)	5-6 Fr (6 cm)
Latente até 3 anos	5-8 Fr (5 cm)	5-8 Fr (6 cm)
Dos 4 aos 8 anos	8 Fr (5 -6 cm)	8 Fr (6-9 cm)
Dos 8 anos à puberdade	10-12 Fr (6-8 cm)	8-10 Fr (10-15 cm)
Adolescente	12-14 Fr (6-8 cm)	12-14 Fr (13-18 cm)

Fonte: Adaptado de (Hockenberry & Wilson, 2014), p. 745.

Durante o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da criança;

Promova o conforto;

Utilize técnica asséptica;

Monitorize a dor durante procedimento;

Aplique os conhecimentos de anatomofisiologia.

Após o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da criança;

Coloque a fralda e o vestuário adequado à criança;

Realize os registos.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Material de higiene:

- Taça esterilizada com água e sabão;
- Toalhete ou esponja descartável;
- Equipamento de proteção individual (bata, máscara, óculos) em caso de necessidade.

Tabuleiro com:

- Cápsula para colocar a solução estéril;
- Recipiente para recolha de urina se necessário;
- Campo esterilizado com janela;
- Taça riniforme;
- Compressas esterilizadas;
- Seringa de 5 ou 10 cc;
- O tipo e calibre da Algália deve ser adequada à criança (se utilizado mais de 72 horas opta-se por um cateter de silicone);
- Lubrificante perineal (lidocaína gel a 2%), dose única;
- Resguardo impermeável descartável;
- Luvas esterilizadas e não esterilizadas;
- Saco coletor sem banda adesiva se necessário;
- Clamp se necessário;
- Soro fisiológico isotónico e água bidestilada;
- Adesivo hipoalérgico;
- Fralda;
- Etiquetas de identificação da criança.

Recipiente para colocação de resíduos hospitalares.

INSERIR CATÉTER URINÁRIO INTERMITENTE NA CRIANÇA[8]	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição do procedimento e qual a finalidade.	1. Confirma a prescrição.
2. Identifique a criança.	2. Previne erros de identificação.
3. Certifique-se que não há exposição da criança.	3. Promove a privacidade.
4. Explique o procedimento aos cuidadores, adequando a linguagem aos estadio de desenvolvimento da criança e literacia dos cuidadores.	4. Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da criança e família para a realização do procedimento. Promove a segurança e evita o risco.
5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.
6. Reúna o material e transporte-o para junto da criança.	6. Economiza tempo e facilita o procedimento.
7. Realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação, após o contacto com material.
8. Coloque luvas não estéreis.	8. Previne a infeção nosocomial, meio de proteção individual do profissional.
9.Promova medidas de conforto por meio do toque e da voz antes de recorrer à imobilização por contenção.	9. Garante segurança e contribui para um ambiente favorável.
10. Posicione a criança expondo apenas a região genital: - Criança sexo masculino (decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução). - Criança sexo feminino (decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução). Se considerar adequado ou se a criança estiver muito ansiosa, peça a um dos cuidadores que se incline sobre o torso da criança para dar um	10. Confere o conforto, expõe a área corporal e facilita a execução do procedimento e permite maior relaxamento muscular a nível abdominal e perineal.

[8] (Caple & Pravikoff, 2018a; Caple & Pravikoff, 2018b; Caple & Pravikoff, 2018c; Caple & Pravikoff, 2018d; Caple & Pravikoff, 2017; Woten & Pravikoff, 2018).

abraço firme e bloquear a visão da criança do procedimento enquanto outro enfermeiro ou assistente operacional mantém os joelhos separados.	
11. Observe a área a aplicar o cateter urinário.	11. Despista complicações de forma a observar/vigiar a integridade cutânea durante procedimento.
12. Aplique resguardo descartável:	12. Confere o conforto
13. Realize a lavagem dos órgãos genitais utilizando água e sabão: - Criança sexo feminino Na lavagem do períneo da criança, lave primeiro cada dobra da pele da área genital e o ânus por último. Lave sempre de frente para trás. Substitua a compressa sempre que mudar de zona. - Criança sexo masculino Lave o escroto primeiro e depois o pénis (da ponta do pénis em direção à base). Substitua a compressa sempre que mudar de zona.	13 Confere o conforto. Previne a contaminação e infeção nosocomial.
14. Remova o resguardo e coloque novo.	14. Previne a contaminação e promove o conforto.
15. Remova as luvas e higienize as mãos.	15. Previne a infeção.
16. Coloque luvas estéreis.	16. Previne a infeção nosocomial.
17. Coloque campo esterilizado: - Criança sexo masculino: colocar janela do campo sobre o pénis. - Criança sexo feminino: colocar janela do campo sobre a região perineal.	17. Promove técnica asséptica.
18. Realize desinfeção dos órgãos genitais utilizando compressas embebidas em soro fisiológico ou de acordo com a norma existente no serviço/ unidade:	18. Promove a técnica asséptica correta e previne a contaminação por arrastamento de microrganismos.

- Criança sexo masculino: com a mão não dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica retraindo o prepúcio. Com a mão dominante limpar utilizando uma compressa estéril de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glande. - Criança sexo feminino: Limpar a área genital, começando pelos grandes lábios e utilizando uma compressa estéril para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. De seguida com a mão não dominante (com o polegar e indicador) afasta os grandes lábios e a outra mão executa a desinfeção dos pequenos lábios respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato urinário.	
19. Remova as luvas e higienize as mãos.	19. Previne a infeção nosocomial.
20. Coloque novas luvas estéreis.	20. Promove a técnica asséptica.
21.Solicite colaboração para retirar invólucro exterior do cateter urinário e lubrifique-o.	21. Promove a técnica asséptica e facilita a introdução da algália.
22. Realize a <u>cateterização urinária</u>: - Criança sexo masculino: com a mão não dominante colocar o pénis num angulo de 90º com a zona pélvica, exercendo uma ligeira tração, enquanto se faz a inserção na uretra da ponta do cateter urinário (1 a 2 cm) de maneira a que o lubrificante fique apenas na uretra. Retarde a introdução durante 2 a 3 minutos para maximizar a absorção da mucosa. Prossiga a introdução do cateter urinário lentamente com movimentos circulares comprimindo-se delicadamente a glande. Quando se sentir uma ligeira resistência baixar o pénis (+/- 120º)	22. Promove a técnica assética, facilita a introdução do cateter urinário e reduz o desconforto. Permite que a mucosa absorva o ingrediente ativo e facilita a progressão. Permite contornar a segunda curvatura da uretra.

continuando a introdução da algália até chegar à bexiga (surge urina na algália). - Criança sexo feminino: Deve colocar-se 1 a 2 ml do lubrificante na mucosa periuretral e 1 a 2 ml são inseridos no meato uretral. Retarde a introdução durante 2 a 3 minutos para maximizar a absorção das mucosas. Com a mão dominante manter afastados os grandes lábios ao mesmo tempo que se faz a introdução do cateter urinário com a mão dominante em movimentos circulares até chegar à bexiga.	Permite uma melhor visualização do meato urinário.
23. Assim que verifica o aparecimento de urina, introduza mais cerca de 1 a 2 cm do cateter urinário.	23. Permite certificar-se que o cateter urinário está no interior da bexiga.
24. Em caso de colheita de urina: Repouse a extremidade distal do cateter para taça/copo estéril para colheita de urina, enquanto a urina está a drenar. Caso não seja necessária recolha de urina, drene a urina para recipiente adequado, consoante protocolo do serviço/ unidade.	24. Permite a execução correta do procedimento.
25. Retire o campo esterilizado e resguardo descartável.	25. Previne a contaminação e promove o conforto.
26. Retire as luvas e realize higiene das mãos.	26. Previne a contaminação.
27. Providencie a recolha e arrumação do material utilizado.	27. Promove a arrumação da unidade.
28. Reinstale a criança e elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	28. Promove o conforto e segurança. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados.
29. Realize a higiene das mãos.	29. Previne a infeção nosocomial.
30. Registe e documente o procedimento (data, horário, calibre e caraterísticas do cateter, dor e	30. Confirma o procedimento. Identifica quem realizou o procedimento.

reação da criança, diagnósticos de enfermagem). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	Permite a continuidade dos cuidados.

INSERIR CATÉTER URINÁRIO CONTÍNUO/ PERMANENTE NA CRIANÇA[9]	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição do procedimento e qual a finalidade.	1. Confirma a prescrição.
2. Identifique a criança.	2. Previne erros de identificação.
3. Certifique-se que não há exposição da criança.	3. Promove a privacidade.
4. Explique o procedimento à família/criança, adequando a linguagem aos estadio de desenvolvimento da criança e literacia dos cuidadores.	4. Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da criança e família para a realização do procedimento. Promove a segurança e evita o risco.
5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.
6. Reúna o material e transporte-o para junto da criança.	6. Economiza tempo e facilita o procedimento.
7. Realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação, após o contacto com material.
8. Coloque luvas não estéreis.	8. Previne a infeção nosocomial, meio de proteção individual do profissional.
9.Promova medidas de conforto por meio do toque e da voz antes de recorrer à imobilização por contenção.	9. Garante segurança e contribui para um ambiente favorável.
10. Posicione a criança expondo apenas a região genital: - Criança sexo masculino (decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução).	10. Confere o conforto, expõe a área corporal e facilita a execução do procedimento e permite maior relaxamento muscular a nível abdominal e perineal.

[9] (Caple & Pravikoff, 2020; Caple & Pravikoff, 2017; Walsh & Pravikoff, 2017; Woten & Pravikoff, 2018).

- Criança sexo feminino (decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução).	
11. Observe a área a aplicar o cateter urinário.	11. Despista complicações de forma a observar/vigiar a integridade cutânea durante procedimento.
12. Aplique resguardo descartável:	12. Confere o conforto
13. Realize a lavagem dos órgãos genitais utilizando água e sabão: - Criança sexo feminino: Na lavagem do períneo da criança, lave primeiro cada dobra da pele da área genital e o ânus por último. Lave sempre de frente para trás. Substitua a compressa sempre que mudar de zona. - Criança sexo masculino: Lave o escroto primeiro e depois o pénis (da ponta do pénis em direção à base). Substitua a compressa sempre que mudar de zona.	13 Confere o conforto. Previne a contaminação e infeção nosocomial.
14. Remova o resguardo e coloque novo.	14. Previne a contaminação e promove o conforto.
15. Remova as luvas e higienize as mãos.	15. Previne a infeção.
16. Coloque luvas estéreis.	16. Previne a infeção nosocomial.
17. Coloque campo esterilizado: - Criança sexo masculino colocar janela do campo sobre o pénis. - Criança sexo feminino colocar janela do campo sobre a região perineal.	17. Promove técnica asséptica.
18. Realize desinfeção dos órgãos genitais utilizando compressas embebidas em soro fisiológico ou de acordo com a norma existente no serviço/ unidade: - Criança sexo masculino: com a mão não dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica retraindo o	18. Promove a técnica asséptica correta e previne a contaminação por arrastamento de microrganismos.

prepúcio. Com a mão dominante limpar utilizando uma compressa estéril de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glande. - Criança sexo feminino: Limpar a área genital, começando pelos grandes lábios e utilizando uma compressa estéril para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. De seguida com a mão não dominante (com o polegar e indicador) afasta os grandes lábios e a outra mão executa a desinfeção dos pequenos lábios respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato urinário.	
19. Remova as luvas e higienize as mãos.	19. Previne a infeção nosocomial.
20. Coloque novas luvas estéreis.	20. Promove a técnica asséptica.
21.Solicite colaboração para retirar invólucro exterior do cateter urinário e lubrifique-o.	21. Promove a técnica asséptica e facilita a introdução da algália.
22. Realize a <u>cateterização urinário</u>: - Criança sexo masculino: com a mão não dominante colocar o pénis num angulo de 90º com a zona pélvica, exercendo uma ligeira tração, enquanto se faz a inserção na uretra da ponta do cateter urinário (1 a 2 cm) de maneira a que o lubrificante fique apenas na uretra. Retarde a introdução durante 2 a 3 minutos para maximizar a absorção da mucosa. Prossiga a introdução do cateter urinário lentamente com movimentos circulares comprimindo-se delicadamente a glande. Quando se sentir uma ligeira resistência baixar o pénis (+/- 120º) continuando a introdução da algália até chegar à bexiga (surge urina na algália).	22. Promove a técnica assética, facilita a introdução do cateter urinário e reduz o desconforto. Permite que a mucosa absorva o ingrediente ativo e facilita a progressão. Permite contornar a segunda curvatura da uretra.

- Criança sexo feminino: Deve colocar-se 1 a 2 ml do lubrificante na mucosa periuretral e 1 a 2 ml são inseridos no meato uretral. Retarde a introdução durante 2 a 3 minutos para maximizar a absorção das mucosas. Com a mão dominante manter afastados os grandes lábios ao mesmo tempo que se faz a introdução do cateter urinário com a mão dominante em movimentos circulares até chegar à bexiga.	Permite uma melhor visualização do meato urinário.
23. Introduza mais cerca de 1 a 2 cm do cateter urinário e instile a quantidade apropriada de água. bidestilada que está inscrita em cada cateter urinário Foley, de forma a insuflar o balão.	23. Permite fixar internamente a algália. Não deve ser utilizado soro fisiológico pois podem formar-se cristais que iriam dificultar a saída da algália ou alterar a composição do material da que a mesma é feita.
24. Faça um ligeiro movimento de tração do cateter.	24. Previne assegurar que a algália está fixa internamente.
25. Retire o campo esterilizado e resguardo descartável.	25. Previne a contaminação e promove o conforto.
26. Retire as luvas e realize higiene das mãos.	26. Previne a contaminação.
27. Imobilize o cateter fixando-o com adesivo: - Criança sexo masculino região infra umbilical ou região superior da coxa. - Criança do sexo feminino face interna da coxa.	27 Previne a exteriorização do cateter e consequente traumatismo da uretra.
28. Coloque saco coletor (se necessário) em suporte próprio na grade da cama ou do berço sempre abaixo do nível da bexiga.	28. Facilita a drenagem da urina, evita o refluxo e previne a infeção
29. Providencie a recolha e arrumação do material utilizado.	29. Promove a arrumação da unidade.
30. Reinstale a criança e elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e família os ensinos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	30. Promove o conforto e segurança. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados.

31. Realize a higiene das mãos.	31. Previne a infeção nosocomial.
32. Registe e documente o procedimento (data, horário, calibre e caraterísticas do cateter, volume de água bidestilada introduzida no balão, data da próxima algaliação se necessário, dor e reação da criança, diagnósticos de enfermagem). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	32. Confirma o procedimento. Identifica quem realizou o procedimento. Permite a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

Caple C; Pravikoff D (2017). Urinary Catheter, Indwelling (Foley): Inserting in the female pediatric patient. Skill Competence Checklist. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Caple C; Pravikoff D (2018a). Urinary Catheter, Indwelling (Foley): Inserting in the pediatric patient with male genitália. Skill Competence Checklist. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Caple C; Pravikoff D (2018b). Urinary Catheter, Intermittent (Straight): Inserting in Female Children. Nursing Practice and Skill – image. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Caple C; Pravikoff D (2018c). Urinary Catheter, Intermittent (Straight): Inserting in Female Children. Skill Competence Checklist. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Caple C; Pravikoff D (2018d). Urinary Catheter, Intermittent (Straight): Inserting in Male Children. Skill Competence Checklist. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Caple C; Pravikoff D (2019). Urinary Catheter: Care. (Nursing Practice and Skill - CEU, image. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Direção-Geral da Saúde (2012). Diagnóstico e Tratamento da Infeção do Trato Urinário em Idade Pediátrica. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Hockenberry, J.M. (2014). Variações das Intervenções de Enfermagem Pediátrica. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. I, pp. 744-745). Loures: Lusociência.

Hugo, F. et al. (2018). Norma de Procedimento de Enfermagem: Otimizar cateter urinário. In Aprendizagens em Contexto Simulado (Vol. II, pp. 117-134). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Walsh K; Pravikoff D. (2017). Urinary Catheter, Indwelling (Foley): Inserting in the female pediatric patient. Nursing Practice and Skill - CEU, imagest. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

Woten M,; Kornusky J (2018). Urinary Catheter, Intermittent (Straight): Inserting in Female Children. Nursing Practice and Skill – image. CINAHL Nursing Guide EBSCO Publishing.

PROMOVER O CONHECIMENTO

Norma 31. *Ensinar a mulher sobre autoexame da mama*

Guia 1. *Guia Explicativo. Uso de alguns mediadores de expressão*

Norma de Procedimento de Enfermagem

NORMA 31. ENSINAR A MULHER SOBRE AUTOEXAME DA MAMA

Fernanda Gomes da Costa Marques & Zélia Candeias

DEFINIÇÃO:

O carcinoma da mama é, na Europa, o tumor com maior incidência na mulher. O número de novos casos estimado para 2004 foi de 370.100 (na União Europeia 275.100) e a mortalidade de 129.900 (na União Europeia 88.400). Em Portugal, o carcinoma da mama foi causa de 1615 mortes durante 2008, correspondente a uma taxa de mortalidade de 29,5/100000 habitantes.

No seu ciclo de vida, as células envelhecem, morrem e são substituídas por novas células, estas crescem e dividem-se para formar novas células. Quando este processo corre mal formam-se células novas, sem que o organismo necessite e, ao mesmo tempo, as células velhas não morrem. Este conjunto de células extra forma um tumor. Os tumores podem ser benignos ou malignos.

A investigação demonstra que determinados fatores de risco aumentam a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolver cancro. Os fatores de risco mais comuns são: Envelhecimento; Tabaco; Exposição solar; Radiação ionizante; Determinados químicos e outras substâncias; Alguns vírus e bactérias; Determinadas hormonas; Álcool; Dieta pobre, falta de atividade física ou excesso de peso.

A organização Mundial de Saúde reconhece que não há evidência científica em como o autoexame da mama ajuda na prevenção da doença. No entanto, a prática da palpação da mama ou autocuidado mamário, faz com que as mulheres tenham uma consciencialização mamária e sejam responsáveis pelo seu estado de saúde. O **autoexame da mama é recomendado para alertar as mulheres para a autovigilância.**

OBJETIVOS:

Ensinar a mulher a conhecer as suas mamas;

Ensinar a mulher quais as alterações físicas visíveis que devem ser observadas;

Informar/Aconselhar a mulher a estar atenta a qualquer alteração na mama;

Ensinar a mulher sobre a necessidade de conhecer o seu histórico familiar.

ORIENTAÇÃO PARA A EXECUÇÃO:

ANTES DO PROCEDIMENTO:

Informar a mulher que o objetivo da palpação da mama é conhecer a sua mama;

Informar a mulher que existem alterações visíveis que podem ser detetadas através da palpação, mas não invalida a necessidade de observação clínica;

Explicar à mulher quais são as possíveis alterações físicas que são visíveis e que devem ser observadas com atenção;

Explicar à mulher que a palpação da mama deverá ser feita em 3 posições: Observação em frente ao espelho; Palpação da mama em pé e Palpação da mama deitada;

Ensinar à mulher como deverá fazer a palpação da mama.

DURANTE O PROCEDIMENTO:

Ensinar que a palpação da mama deverá ser feita em três posições:

- **Observação das mamas em frente ao espelho -** Com os braços caídos ao longo do corpo, com os braços levantados atrás da nuca e, por último, com as mãos na cintura.
- **Palpação da mama em pé -** A palpação em pé pode ser feita no banho com as mãos ensaboadas, permitindo o deslizar dos dedos. Colocar o braço esquerdo atrás da cabeça e apalpar toda a mama esquerda com os dedos, indicador, médio e anelar. Proceder da mesma forma para a mama direita.
- **Palpação da mama deitada -** Realizar o mesmo procedimento da palpação da mama em pé, na posição deitada.

APÓS O PROCEDIMENTO:

Informar a mulher que se durante a palpação encontrou algum dos seguintes sinais ou alterações:

- Alteração na mama ou no mamilo, no aspeto ou na palpação;
- Nódulo ou espessamento na mama, perto da mama ou na zona da axila;
- Sensibilidade no mamilo;
- Alteração do tamanho ou forma da mama;
- Retração do mamilo (mamilo virado para dentro da mama);
- Pele da mama, aréola ou mamilo com aspeto escamoso, vermelho ou inchado; pode apresentar saliências ou reentrâncias, de modo a parecer "casca de laranja".
- Secreção ou perda de líquido pelo mamilo.

Deve contatar o seu/sua médico/a ou enfermeiro/a para ser observada e encaminhada para a realização de exames de imagem de rastreio.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Espelho	Para observação da mama
Água e sabão	Palpação de pé no duche
Cama	Palpação deitada
Gel ou creme	Permite deslizar dos dedos

ENSINAR A MULHER SOBRE AUTOEXAME DA MAMA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1.Ensine a mulher a proceder à palpação das suas mamas, designadamente com os seguintes procederes: Em frente ao espelho a mulher deve observar as suas mamas quanto à simetria, tamanho, coloração, alterações na pele, sinais, saliências, concavidades…: • Com os braços caídos ao longo do corpo; • Com os braços levantados atrás da nuca; • Com as mãos na cintura. 2.Ensine a mulher a pressionar gentilmente o mamilo, com os dedos polegar e indicador.	1.Conhecer e memorizar o seu corpo. Observar se existem alterações. Observar com a expressão do mamilo se existe a saída de algum líquido; Observar se existe alguma diferença no aspeto do mamilo (estar mais para dentro do que o habitual).

Fonte: https://medifranco.pt/tag/emilia-vaz-pereira/

3.Ensine a mulher que para a realização da palpação utilizar a posição da mão com os dedos indicador, médio e anelar;	3.Permitir a pressão e profundidade na palpação;

Fonte: https://medifranco.pt/tag/emilia-vaz-pereira/

4.Ensine a mulher que durante a palpação da mama, nas três posições, a mão deverá fazer a três tipos de movimentos, designadamente: • Na vertical - Num movimento para cima e para baixo permite a avaliação de toda a extensão da mama;	4.Permitir a avaliação de toda a extensão da mama.

Fonte: https://saudefacil.wordpress.com/2012/11/21/auto-exame-de-mamas/

• Em espiral - Com movimentos concêntricos a mão parte da periferia da mama até chegar ao mamilo;	

Fonte: https://saudefacil.wordpress.com/2012/11/21/auto-exame-de-mamas/

- Por quadrantes - Num movimento de vai e vem a mão vai do mamilo até à periferia da mama e retorna ao mamilo;

Fonte: https://saudefacil.wordpress.com/2012/11/21/auto-exame-de-mamas/

5.Ensine a mulher que a palpação da mama na posição em pé deve designadamente: • Colocando o braço esquerdo atrás da cabeça e apalpar toda a mama direita com os dedos, indicador, médio e anelar; • Colocando o braço direito atrás da cabeça e apalpar toda a mama esquerda com os dedos, indicador, médio e anelar;	5.Procurar a presença de saliência ou relevo anormal na mama direita e esquerda.

Fonte: https://medifranco.pt/tag/emilia-vaz-pereira/

6.Ensine a mulher que a palpação da mama na posição de deitada deve seguir os mesmos procedimentos que em pé.:	6.Procurar a presença de saliência ou relevo anormal na mama direita e esquerda.

REFERÊNCIAS:

Araújo, V.S., Dias, M.D., Barreto, C.M.C., Ribeiro, A.R., Costa, A.P. & Bustorff, L.A.C.V. (2010). Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. Revista de Enfermagem Referência III Série(2)dez, 27-34. Obtido de: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a03.pdf

Mattos, L.M., Tarouco, V.S., Hasan, V.P., Amorim, C.B. (2020). O conhecimento e a prática da realização do autoexame das mamas: uma revisão integrativa. Research Society and Development 9(4)16p. Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/340238976_O_conhecimento_e_a_pratica_da_realizacao_do_autoexame_das_mamas_uma_revisao_integrativa

Santos, J. A. (2013) Auto-exame da mama no rastreio do cancro mamário: soma-se a evidência, apaga-se a incerteza. *Acta de Obstetrícia e Ginecologia Portuguesa*, 7(2)p.113-117. Obtido de: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2artigo_de_revisao_3.pdf

Guia de atuação

GUIA 1. GUIA EXPLICATIVO PARA O USO DE ALGUNS MEDIADORES DE EXPRESSÃO

Lino Ramos, Fernanda Paula Leal & Ricardo Rodrigues

ENQUADRAMENTO:

A arteterapia tem como principal objetivo atuar como um catalisador/facilitador do processo terapêutico. Permite que o indivíduo entre em contacto com conteúdos internos e muitas vezes inconscientes, normalmente barrados por algum motivo, expressando sentimentos e atitudes até então desconhecidos. Este tipo de terapia remete para o potencial criativo do individuo estimulando a autonomia e transformação interna para reestruturação do ser (Antunes, 2015).

A utilização da terapia pela arte é uma maneira simples e criativa para resolução de conflitos internos, possibilitando a expressão emocional de forma direta e não intencional. Facilita também a expressão da subjetividade dos participantes e auxilia tanto na autoexpressão, como na elaboração de conteúdos internos e alívio de tensões. A utilização de recursos artísticos (pincéis, cores, papéis, argila, cola, figuras, desenhos, recortes) tem como finalidade a expressão do verdadeira self, não se preocupando com a estética, mas sim com o conteúdo pessoal implícito em cada criação e explícito como resultado final (Antunes, 2015).

O benefício do uso da terapia pela arte promove o ser humano como um todo, aspetos psíquicos e sociais, respeitando as suas individualidades e os ajudando a restabelecer relações (Antunes, 2015).

O uso de mediadores de expressão apresenta vantagens em ser implementado em grupo, visto que proporciona aos intervenientes, que têm em comum um objetivo, momentos de partilha entre si. Yalom (2006) refere que alguns benefícios podem ser adquiridos mais facilmente com a arteterapia de grupo, principalmente aqueles relativos às questões sociais. A utilização de mediadores de expressão num contexto de grupo permite a troca com o outro que possui características semelhantes às suas, favorece a partilhar de dificuldades e anseios, podendo o utente expressar e lidar de uma forma mais natural com a sua doença (Antunes, 2015).

Iremos em seguida definir alguns dos mediadores de expressão usados nas aulas de ACS V, nomeadamente: Modelagem em Barro, Recorte e Colagem; Relaxamento Progressivo de Jacobson, Escrita Criativa, Fotografia e Máscaras.

DEFINIÇÃO: MODELAGEM EM BARRO

A modelagem é uma técnica que utiliza materiais pastosos: o barro, a plasticina, a massa sintética, a massa de papel marche, entre outros. O barro é o material mais utilizado em termos de modelagem. Além disso, o barro é o material para a modelagem com potencialidades singulares (Martins, 2012).

BENEFÍCIOS:

O barro e a sua modelagem, além de favorecerem um processo artístico rico em experiências estéticas e criativas, promovem também amplas formas de diálogo entre quem o manuseia e os seus sentimentos, levando a pessoa a confrontar-se com as suas emoções concretizadas em imagens tridimensionais (Martins, 2012).

O barro é um material natural, que através da sua modelagem, estimula o sistema sensorial, o que por sua vez vai estimular a sensibilidade do toque. Ao levar o toque das mãos à massa, perceções de temperatura, peso, volume, textura e consistência são adquiridas. Numa linguagem silenciosa, o barro responde a cada toque, reagindo a cada gesto, na criação que se inicia a partir da matéria amorfa. O barro é um símbolo de coesão e de unificação do Eu. E o movimento de criação no setting arte-terapêutico favorece a elaboração de um conjunto significativo de símbolos (Martins, 2012).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Este mediador pode ser usado em várias populações: crianças, doentes psicóticos e idosos. Em crianças com perturbações da aprendizagem e perturbações do comportamento é particularmente indicado. Para jovens marginalizados, ou idosos institucionalizados, a execução de trabalhos "úteis" significa reconhecimento de capacidades pessoais. A produção de um objeto em barro pode fornecer-lhes competências artísticas. Em grupos ou individualmente, com abordagem diretiva e temática, favorece a participação ativa dos doentes integrando conceitos cognitivo-comportamentais, da educação artística e de psicopedagogia (Martins, 2012).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

Com a utilização deste tipo de mediador a motricidade fina pode ser estimulada, não sendo por isso aconselhado em pessoas com essa capacidade extremamente comprometida (Martins,2012).

Nos doentes com mais compromissos, particularmente nas pessoas com diagnóstico de Perturbação do espectro de autismo, a argila pode despertar pulsões orais ligadas ao olfato, compulsão gestual (pressionar, fragmentar, estender) sem controlo ocular, e por último, reações que se classificam como agressivas ou destrutivas, mas que são, mais seguidamente pré simbólicas (Pain & Jarreau, 2001).

Parece-nos importante salvaguardar a extrema ponderação da utilização deste, e de outros mediadores nos diagnósticos psiquiátricos mais pesados.

O poder de transformação da matéria inerte, bem como o contacto direto com esta matéria pode despertar temores nos fóbicos e ansiosos. Estes utentes necessitam de mais tempo de habituação com o material, nestes momentos a intervenção da palavra pelo profissional, enquanto aspeto tranquilizador é muito importante para fazer com que estas pessoas disfrutem mais desta atividade (Pain & Jarreau, 2001).

As predisposições paranoicas podem fazer com que através desta técnica surjam pensamentos de ambivalência, do tipo persecutório anímico (acreditar ser capaz de dar vida ao objeto realizado) ou do tipo perseguidor animista (acreditar que está possuído pelo objeto). O terapeuta/enfermeiro deve manter estes pensamentos enquanto tais, ou seja, sem eles atribuir grande importância. Em todo o caso, os sentimentos de estranheza frente às transformações realizadas com o material podem perturbar o processo de apropriação da obra e produzir um efeito psicótico, de separação entre o autor e a produção. Nos quadros histéricos, os sentimentos ligados à criatividade podem-se transformar em sentimentos de desprazer com o material ou dificuldade de passar da manipulação à configuração muito sexualizada. Esta reação é diferente nos quadros de fobias, mais centrada sobre o objeto que sobre os efeitos corporais que ele provoca. O utente neurótico do tipo obsessivo é muito atraído por este tipo de medidor expressivo, reage de forma violenta às transformações imprevisíveis do material enquanto o está a moldar e demonstra ansiedade após a sua fixação pela secagem do material (Pain & Jarreau, 2001).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Uma Tablete de barro

Água

Avental de plástico

Bacia

Toalhetes

DEFINIÇÃO: RECORTE E COLAGEM

A colagem é uma técnica muito simples que se traduz em recortar e colar. Pode ser vista como uma técnica "escolar". Requer o uso materiais simples: papel, revistas ou jornais. A utilização deste mediador constitui-se numa alternativa à recusa de desenhar. Ao partir de figuras concretas serve como um campo de projeção e identificação. Torna-se, portanto, num veículo de expressão muito motivador para a criação. Além de tudo, a colagem é um recurso de baixo custo, que pode usufruir de materiais reciclados (Martins, 2012).

BENEFÍCIOS:

A colagem ajuda a perceção do espaço, do plano e mesmo do volume, traduzindo-se num exercício de composição. As cores também podem ser evidenciadas com alguns tipos de materiais, como o celofane,

tecidos ou pedaços de vários tipos de papel a cores. Recortar e colar tem uma simbologia direta de reparação, no sentido em que é possível recriar algo perdido no passado, ou fatores internos de si mesmo. Remete para a construção de uma nova forma através de pedaços de determinados materiais (papel, pano, plástico, etc.), sugerindo a coesão e organização de aspetos fragmentados do Self (Martins,2012).

O Rasgar pode simbolicamente representar atos prévios de destruição subjetiva, podendo tal ser fonte de satisfação ou de angústia. A satisfação é obtida pela possibilidade de liberar a agressividade contida, num ato de liberdade catártica. A ansiedade, surge por receios primitivos, pelo medo de punição por ter destruído algo (por ter sido mau, e ter feito uma coisa não permitida), por ter justamente colocado a sua agressividade em evidência, simbolicamente atacado o objeto interno, ou ter demonstrado algum desejo de destruição. Rasgar e colar podem ser equivalentes e pôr em ação as funções discriminativas e de síntese do "Eu". Dessa maneira, havendo a possibilidade de reparar o que foi destruído. Transformar e dar novo significado ao que se perdeu ou foi danificado (Martins, 2012).

O método de rasgar o papel com as mãos, sem o uso de tesouras, remete a sentimentos de liberdade criativa, enquanto a tesoura sugere controlo na formulação de imagens ou na captação de figuras. A colagem trabalha com o sentido do concreto e do material. Define formas; utiliza objetos; dá nova hipótese a situações. Assim apela ao momento atual ou ao dito 'aqui e agora'. Facilita ao indivíduo uma reflexão do real, deixando objetivos e conscientes aspetos do si mesmo (idem).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Este mediador pode ser aplicado em pessoas de todas as idades, com capacidade motora para utilizarem uma tesoura. Em outros casos pode-se oferecer imagens e figuras já recortadas, ou a técnica de recortar o papel com as mãos. Adultos resistentes ao desenho e à pintura, ou com forte resistência à utilização de mediadores expressivos (Martins, 2012).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

Com a utilização deste tipo de mediador a motricidade pode ser estimulada, não sendo por isso aconselhado em pessoas com essa capacidade extremamente comprometida (Martins,2012).

Ter cautela com a utilização deste mediador em pessoas com comportamentos ou ideias autodestrutivas.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Tesoura

Cola batom

Folha de papel

Revistas ou jornais

DEFINIÇÃO: RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON

Jacobson (1938) desenvolveu a técnica chamada Relaxamento Progressivo, que tinha como objetivo levar o indivíduo a um estado profundo de relaxamento muscular. Acreditava que essa técnica poderia reduzir a grande ativação da parte central do sistema nervoso e da divisão autônoma do sistema nervoso e assim, restaurar ou promover bem-estar (Novaes & Santos, 2016).

O relaxamento progressivo é assim descrito como um método para trazer quietude ao sistema nervoso, e pretende que o individuo com músculos tensos aprenda a percecionar as sensações associadas a essa tensão em determinados músculos, a relaxar a tensão muscular de forma a reconhecer o contraste entre a tensão e o relaxamento, e aprender a reconhecer níveis de tensão muscular e a relaxar toda a sua musculatura (Jacobson, 1938; Lehrer, 1982; McGuigan, 1993 apud Scheufele, 2000, in Fonseca, 2013).

BENEFÍCIOS:

A técnica prepara o indivíduo para identificar onde se localizam as tensões musculares e relaxá-las. Segundo Jacobson, através da descontração muscular, alcança-se alteração no estado emocional. É basicamente a contração e descontração muscular, aumentando o grau de auto-observação e consciência corporal a fim de obter a sensação de bem-estar (Fonseca, 2013).

O mesmo autor, refere que o alívio de tensão na musculatura esquelética tem o efeito de acalmar a mente e o sistema neuromuscular é visto como um mediador no alívio do stress e da ansiedade. A técnica que Jacobson desenvolveu consiste em trabalhar a consciência corporal através de contrações e descontrações sistematizadas de vários grupos musculares, região por região, até que a pessoa seja capaz de alcançar o relaxamento total (Fonseca, 2013).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

A eficácia do relaxamento progressivo, pode ser útil numa serie de problemas como a insónia e a ansiedade. Alem disso, para os indivíduos a quem o stresse manifesta-se em primeiro lugar na tensão muscular, o relaxamento progressivo pode ser o método mais eficaz para o contrariar (Fonseca, 2013).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

Não usar este mediador em pessoas que se encontrem em fase delirante ou com dificuldade em realizar exercícios de relaxamento.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Manta ou saco cama

Esteira

DEFINIÇÃO: ESCRITA CRIATIVA

A utilização da escrita com objetivo terapêutico teve início nos anos de 1980 com James Pennebaker e seus colaboradores que demonstraram que escrever sobre pensamentos e sentimentos relacionados com acontecimentos stressantes pode ter um efeito positivo em diversos aspetos da vida dos indivíduos

Existem várias formas de utilizar este mediador expressivo, nomeadamente através da elaboração de diários em que o doente escreve sobre acontecimentos marcantes ou vai registando sentimentos e respostas a situações stressantes, com o objetivo de clarificar problemas e/ ou fontes de conflito, que serão posteriormente trabalhados com os terapeutas (Mendes, 2012).

BENEFÍCIOS:

A escrita tem efeitos terapêuticos como a descoberta de si mesmo, o que vai permitir ao autor uma autorreflexão e, desta forma, aprofundar o seu autoconhecimento. A escrita funciona como restauro de objetos internos ou externos destruídos, a escrita pode permitir reconstruir sensações, imagens, afetos toleráveis, restaurar objetos internos e/ou externos destruídos" (Fernandes, 2012). A escrita terapêutica permite a expressão emocional, isto é, permite transformar sentimentos e emoções em linguagem escrita. Este processo irá permitir ao indivíduo organizar a sua própria perspetiva sobre os eventos, refletir sobre eles, dar-lhes significado ou identificar e promover a resolução de conflitos e ainda aumentar o insight (Mendes, 2012)

Os indivíduos que confrontam as suas experiências ou memórias traumáticas através da escrita adaptam-se melhor a acontecimentos stressantes. Esta é uma das técnicas que tem sido utilizada para permitir a promoção da expressão emocional sobre eventuais eventos traumáticos. O processo de transformar emoções em linguagem escrita, integra aspetos cognitivos e emocionais que vão oferecer a oportunidade de aumentar o insight, a capacidade de autorreflexão e a organização dos eventos, em contraste com a simples revelação de emoções de forma espontânea (Fernandes, 2012).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Esta técnica tem sido eficaz no que respeita à expressão de sentimentos e emoções relacionadas com um número variado de experiências de vida, como por exemplo o luto, a perda de um ente querido, em ataques terroristas, situações de doença, relações íntimas, abuso sexual, perda de emprego, entrar na universidade; e em participantes que variam entre crianças, idosos, reclusos, estudantes e doentes (Fernandes, 2012).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

Não usar este mediador em pessoas que se encontrem em fase delirante.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Folha de papel

Lápis de carvão

Canetas ou marcadores de feltro

DEFINIÇÃO: FOTOGRAFIA

A imagem fotográfica identifica-se com a imagem mental, não apenas no âmbito de passagem do mundo exterior para o interior, como no processo psíquico de registo, fixação e recuperação da imagem e como na evocação, acumulação e desdobramento daquilo que é registado (Freitas, 2012).

A fotografia também se torna interessante na medida em que mostra algo concreto, dotado de consistência física real e, ao mesmo tempo, assina a ausência do que um dia esteve presente e desapareceu. Tem uma certa "magia" justamente por essa dupla postura que a imagem fotográfica assume: é justamente quando a foto mostra apenas a ausência do que um dia foi, é que ela, enquanto objeto, pode ser tocada, guardada, rasgada, abraçada, enquadrada. Além de testemunha, a também pode ser vista como uma forma de encontrar um lugar no mundo, mesmo que este possa ser vivenciado como algo estrangeiro e opressor, visto que possibilita relacionar-se com esse lugar de modo distanciado (Freitas, 2012).

BENEFÍCIOS:

As fotografias servem como provas de continuidade e, ao mesmo tempo, como memória da própria identidade do indivíduo. As fotografias podem fazer ou tornar presente aquilo ou quem está ausente, e que a nossa identidade também depende da memória, tornando-se então a fotografia uma atividade fundamental para a demarcação dessa identidade. O uso da imagem fotográfica como instrumento terapêutico, em saúde mental, e a sua capacidade de oferecer e possibilitar uma reapropriação do olhar por parte daqueles que, muitas vezes, dele são vítimas (Freitas, 2012).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

A fotografia pode auxiliar na recuperação daquilo que se é, ou se foi um dia, ou ainda daquilo que nunca se conseguiu ser. Ela pode servir como instrumento de auxílio no encontro consigo mesmo, revelando também o seu próprio olhar sobre si. Através das fotografias, desencadeia-se um outro modo de olhar o mundo, melhorando as possibilidades de apresentação de fatos, pessoas, objetos e acontecimentos (Freitas, 2012).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

Não usar este mediador em pessoas que se encontrem em fase delirante ou com grande labilidade emocional.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Fotos (em formato papel ou digital)

DEFINIÇÃO: Máscara

A máscara é um objeto (em madeira, papelão, couro, etc.) que serve para ocultar o rosto daquele que a coloca e a usa. Do ponto de vista psicológico, a máscara constitui um local de síntese de dois mecanismos que estão na base do psiquismo: a projeção e a identificação. A circunstância de ser como um outro e de conservar-se em si mesmo é que torna possível graças ao intérprete da aparência (Pain & Jarreau, 2001).

BENEFÍCIOS:

Quando a máscara é criada num atelier e não é utilizada em nenhuma atividade, deve-se incentivar o autor a utilizá-la na mesma, nem que seja por um curto instante, visto que o autor ao construir a sua máscara projeta nela os seus problemas. A realização e fabrico das máscaras inclui todos os aspetos da criatividade: a capacidade de organização percetivo-motora, a integridade da imagem corporal, a compreensão das relações próprias à lógica do espaço, a representação simbólica de que a máscara faz referência à dupla determinação da subjetividade: a história cultural e a história pessoal (Pain & Jarreau, 2001).

APLICABILIDADE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

A máscara permite provocar no outro reações que, pela sua própria presença, o sujeito é incapaz de obter, tornando-se, assim, o símbolo dessa impotência cuja causa está, frequentemente, ligada aos sentimentos de vergonha. As máscaras não são criadas com o propósito de serem utilizadas em jogos, mas sim que sejam produzidas pelos próprios, isto é, que imaginem e produzam uma aparência portátil, o que satisfaz a tentativa expressiva dos participantes (Pain & Jarreau, 2001).

PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO:

A criação das máscaras é um processo bastante pormenorizado e como tal, não é aconselhado em pessoas que tenham passado por experiências ligadas à morte, visto que a sua elaboração pode servir para ilustrar a intensidade das emoções ligadas à morte, como tal pode criar nestas sentimentos de ansiedade aquando da sua realização. Há pessoas que descrevem também um sentimento de aperto e aflição durante a construção ou realização da máscara. Em relação aos outros dois momentos (modelagem e colorir) que compreendem a realização da máscara também são percecionados como algo stressantes, visto que a manipulação da réplica da imagem facial é, de uma certa forma, uma reflexão sobre o vivo e o imutável, certamente, interessante, mas muito perigoso para doentes psicologicamente frágeis e instáveis (Pain & Jarreau, 2001).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Mascara de cartão

Canetas de Feltro

Lápis de Cera

Pasta gliter

Purpurinas

REFERÊNCIAS:

Antunes, F. R. (2015). *Intevenções psicoeducativas com recurso a mediadores expressivos na pessoa com dependência química.* Obtido de ESEL - Dissertações de Mestrado: http://hdl.handle.net/10400.26/16445

Fernandes, M. C. (2012). *Processo Terapêutico da escrita em pessoa.* Obtido de Repositorio ISPA: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2605/1/14628.pdf

Fonseca, M. d. (2013). *Relaxamento terapêutico com vitímas de violência doméstica.* Obtido de Repositorio ESEnfc: https://repositorio.esenfc.pt

Martins, D. C. (2012). *Arte-Terapia e as Pontencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos.* Obtido de Repositorio da Universidade de Lisbos: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/ULFBA_TES665.pdf

Mendes, C. P. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental.* Obtido de ESEL - Dissertações de Mestrado: http://hdl.handle.net/10400.26/16004

Novaes, L. C., & Santos, F. M. (2016). *Técnicas de Relaxamento.* Obtido de Edisciplinas Universidade de São Paulo - Brasil: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5415862/mod_resource/content/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Relaxamento.pdf

Pain, S., & Jarreau, G. (2001). *Teoria e técnica da arte-terapia.* Artmed.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

NOTA FINAL

No presente e-Book – **Aprendizagens em Contexto Simulado – Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva e Criança e Jovem: Normas de Procedimento de Enfermagem** – foram apresentadas 31 normas de procedimento de enfermagem e um guia explicativo, integradas em 7 áreas temáticas: 1) garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados; 2) promover integridade cutânea efetiva; 3) promover respiração efetiva; 4) promover alimentação efetiva; 5) promover eliminação efetiva; 6) avaliar risco de complicação e 7) promover o conhecimento.

Este documento nasceu de questões, pesquisas, sínteses e reflexões desenvolvidas por estudantes e professores do DE da ESS | IPS, materializando-se agora num material pedagógico - um recurso digital de fácil acesso, de apoio às aulas teórico-práticas, práticas e ao ensino clínico/ estágio, constituindo-se numa mais-valia para diferentes atores e contribuindo, em nosso entender, para a qualidade da aprendizagem, sobretudo em contexto simulado, e simultaneamente da realização dos cuidados de Enfermagem.

Todas as Normas de Procedimento de Enfermagem foram cuidadosamente descritas e todos os seus passos fundamentados, atendendo aos estudos de investigação mais recentes nestas áreas de conhecimento. Considerando a sua aplicação efetiva, foram testadas por professores e estudantes ao longo de dois anos letivos consecutivos.

Tendo como ponto de partida as normas de procedimento apresentadas, desenvolvemos situações/casos clínicos, em ambiente de aprendizagem simulada, nas vertentes da promoção e recuperação em Saúde. Assim, promovemos a mobilização dos saberes adquiridos e o desenvolvimento de competências pelos estudantes que apelam à integridade e que convocam o conhecimento singular da Enfermagem.

Ana Lúcia Ramos

Fernanda Gomes da Costa Marques

Francisco Vaz

Lino Ramos