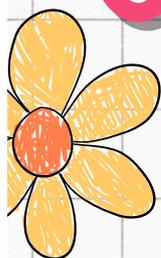


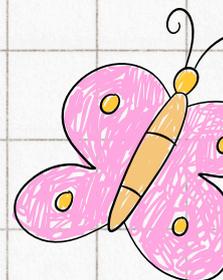
PEDIATRIA NO BOLSO:



# CUIDADO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM

**AUTORAS:**

MESTRANDAS CLARICE LIMA DE LIMA  
LETICIA VELOZO DOMINGOS PINTO

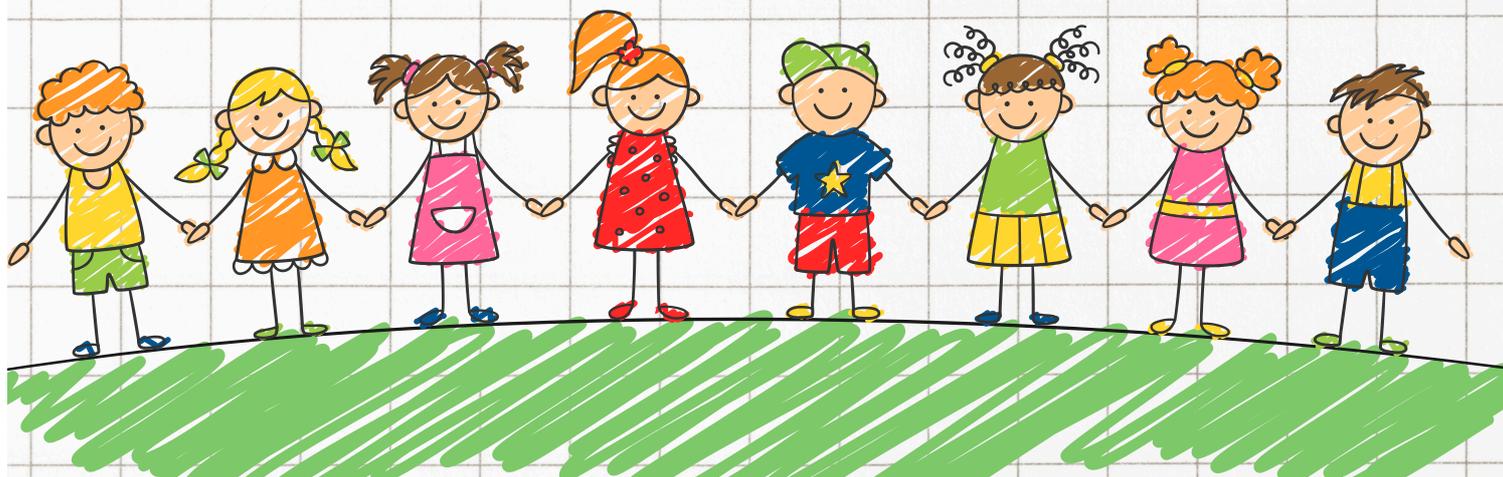


**ORIENTADORA:**

PROF. DRA. MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

**REVISORA:**

PROF. DRA. RENATA ALVES GONÇALVES CORREA

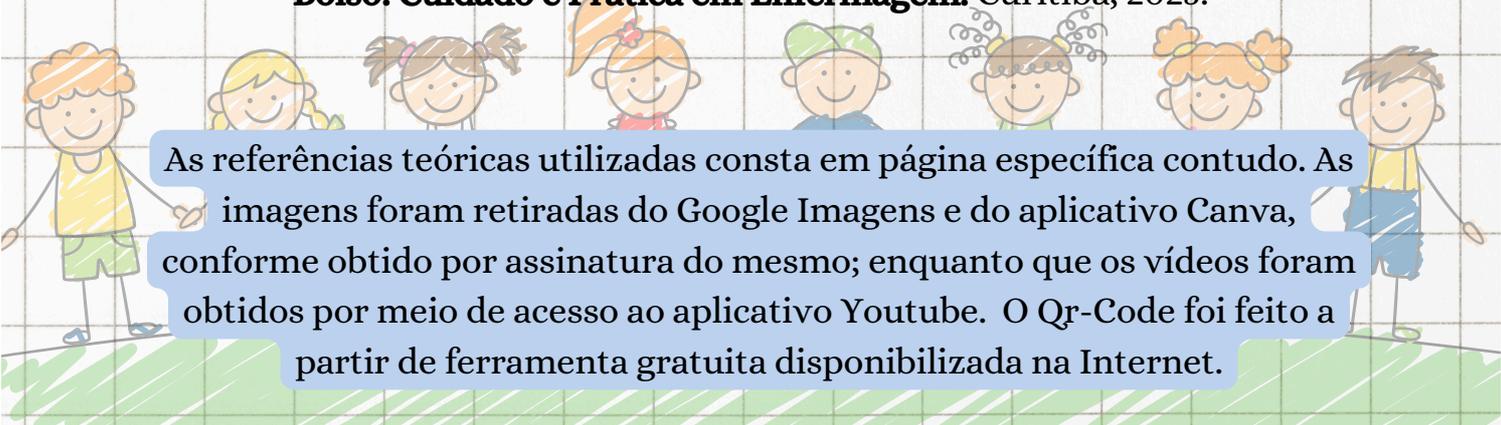


PEDIATRIA NO BOLSO:

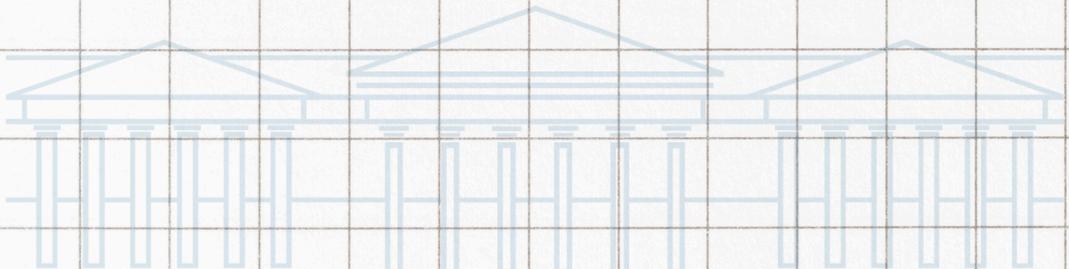
# CUIDADO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM

O presente material foi elaborado pelas **mestrandas** do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (2025-2027) Enfermeira **Clarice Lima de Lima** e Enfermeira **Leticia Velozo Domingos Pinto**, sob orientação da Professora Doutora **Márcia Helena de Souza Freire**, e revisado pela Doutora **Renanta Alves Gonçalves Corrêa**, visando ser um guia de bolso para prática em Pediatria desenvolvida pelos alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (**UFPR**).

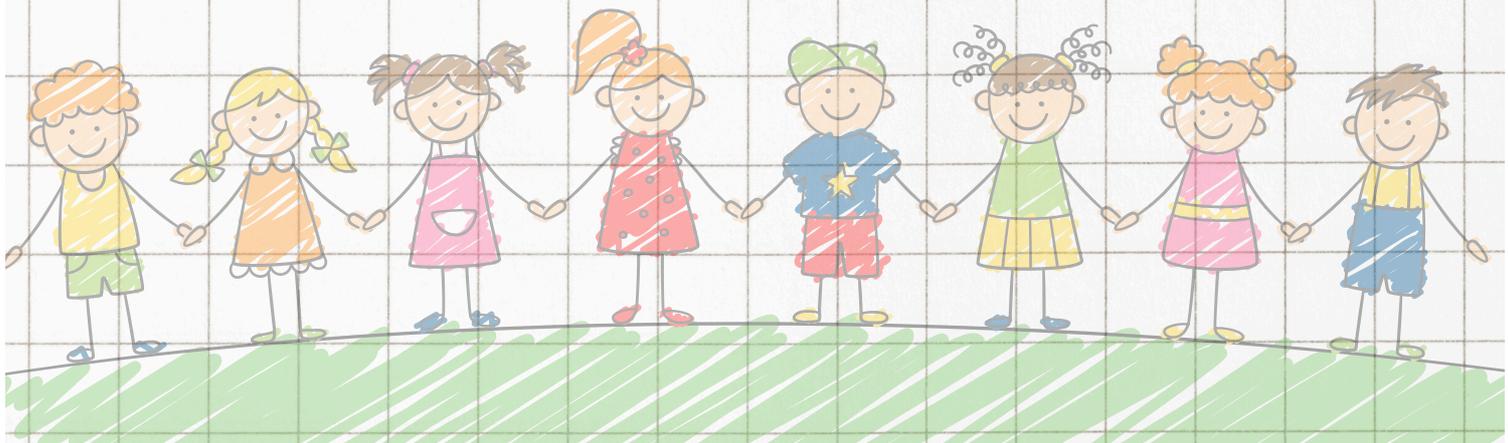
Como citar: LIMA, C. L.; PINTO, L. V. D.; FREIRE, M. H. S.; CORREA, R. A. G. **Pediatria no Bolso: Cuidado e Prática em Enfermagem**. Curitiba, 2025.



As referências teóricas utilizadas consta em página específica contudo. As imagens foram retiradas do Google Imagens e do aplicativo Canva, conforme obtido por assinatura do mesmo; enquanto que os vídeos foram obtidos por meio de acesso ao aplicativo Youtube. O Qr-Code foi feito a partir de ferramenta gratuita disponibilizada na Internet.



Pediatria no Bolso: Cuidado e Prática em  
Enfermagem © 2025 by Clarice Lima de Lima,  
Leticia Velozo Domingos Pinto, Márcia Helena de  
Souza Freire e Renata Alves Gonçalves Corrêa is  
licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of  
this license, visit  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





# SUMÁRIO



## • A hospitalização infantil

- Comunicação e apoio à família ..... p.06
- Brinquedo terapêutico ..... p.07
- Arteterapia ..... p.08
- Anamnese, exame físico e SSVV ..... p.09
- Consulta de Enfermagem..... p.28
- Registro de enfermagem ..... p.31
- Anotação de enfermagem ..... p.31
- S.O.A.P..... p.32

## • Reflexos primitivos ..... p.33

## • Desenvolvimento infantil ..... p.36

## • Terapia intravenosa..... p.40

- Tipos de acesso..... p.40

## • Medicamentos

- Administração de medicação IM ..... p.44
- Administração em bureta ..... p.45
- Administração em BIC ..... p.46
- Exemplos de medicações.....p.47

## • Exames Laboratoriais

- Sangue venoso ..... p.58
- Gasometria ..... p.59
- Swab nasal e oral ..... p.60
- Urina ..... p.61





# SUMÁRIO



- **Sondas e drenos**

- Drenos..... p.62
- Sondas vesicais..... p.64
- Sondas gástricas..... p.66

- **Cuidados com a pele da Criança**

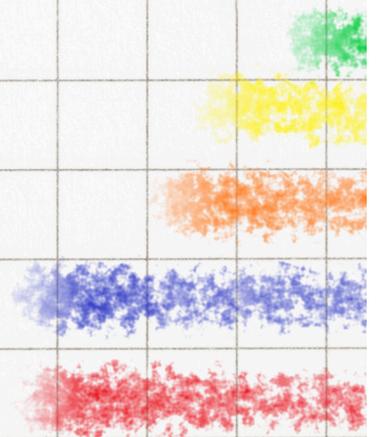
- Banho no recém-nascido..... p.68
- Dermatite..... p.69
- MARSI..... p.70
- Lesão por pressão..... p.71

- **Aspiração de VAS, TQT e CET.....p.72**

- **Escalas mais usadas em pediatria**

- DINI ..... p.74
- DIVA ..... p.77
- BRADEN-Q..... p.78
- Escalas de lesão por pressão ..... p.79
- Escalas de dor ..... p.80
- Humpty-Dumpty ..... p.81
- Escala BPEWS ..... p.83

- **Referências.....p.84**



# A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

## COMUNICAÇÃO E APOIO À FAMÍLIA

### Particularidades do Paciente:

- Clínicos;
- Emocionais;
- Sociais.

### O impacto pode levar a mecanismos de Defesa/coping:

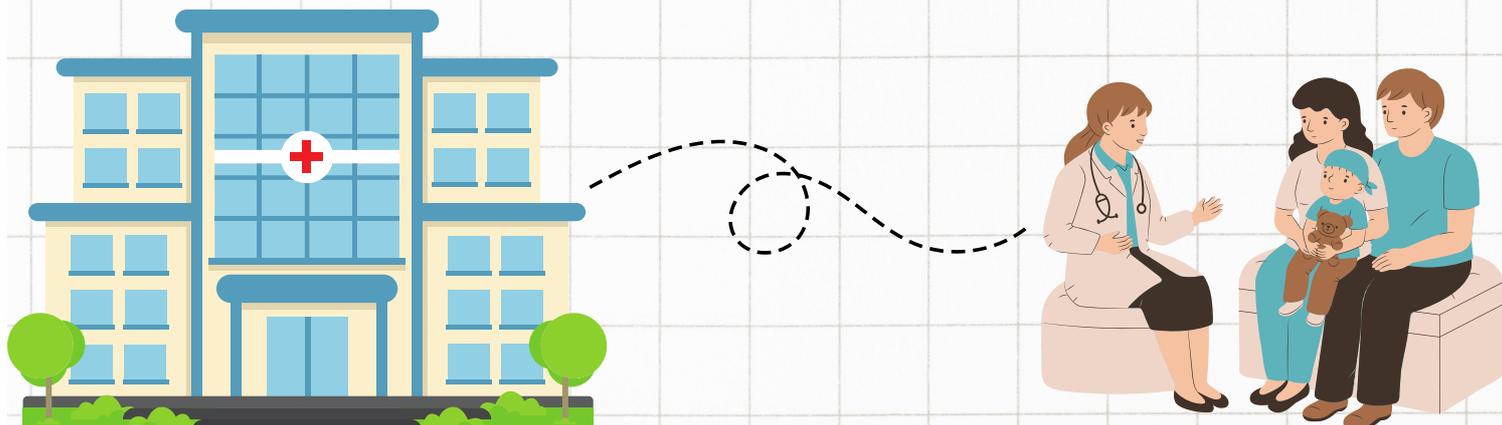
- Agressividade;
- Regressão;
- Redução do vocabulário;
- Recusa de alimentos;
- Descontrole dos esfíncteres;
- Alterações respiratórias.

### Aplicação de técnicas de acolhimento:

- Comunicação com linguagem apropriada para cada idade;
- Brinquedoterapia;
- Arteterapia.

### Valorizar a importância do envolvimento familiar:

**PARENTALIDADE POSITIVA - Lei nº14.826 de 20 de março de 2024**



# BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Constitui-se em um brinquedo estruturado para a criança aliviar a **ansiedade** causada por experiências **atípicas** para a idade, devendo ser utilizado **sempre** que ela tiver **dificuldade** em **compreender ou lidar** com uma **experiência difícil** ou necessitar ser amparada para procedimentos.

Distinguem-se três tipos de brinquedo terapêutico:

Brinquedo dramático - Permite descarga emocional;



Brinquedo instrucional - Compreensão dos procedimentos terapêuticos;



Brinquedo capacitador de funções fisiológicas - Busca desenvolver atividades em que as crianças possam, de acordo com suas necessidades, manter ou melhorar suas condições físicas.

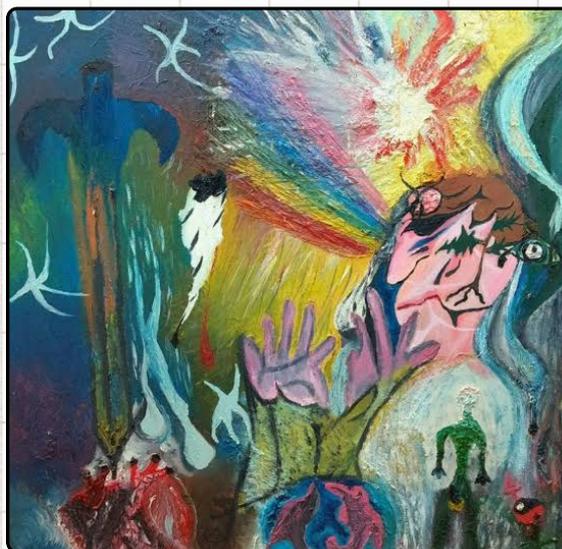


## ARTETERAPIA

Trata-se de um método baseado no uso de várias formas de expressão artística com uma finalidade terapêutica, sua essência é a criação **estética** e a **elaboração artística** em **prol da saúde**: melhorando a qualidade de vida e promoção da saúde.

Há curso de Especialização para profissionais com graduação na área da saúde, é uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde - PICS, incluída no rol da nossa Política Nacional de PICS.

Assim, a Arteterapia encontra diferentes aplicações na avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação voltados para a saúde.



Trata-se de uma etapa **essencial** do processo de enfermagem, é a metodologia que **orienta a prestação de cuidados** pelo enfermeiro.

A anamnese, na prática clínica, consiste na **rememoração dos eventos progressos relacionados à saúde**, na identificação dos sintomas e sinais atuais, buscando entender a história da doença atual.

## Como fazer uma anamnese de Enfermagem na Pediatria?

1. **Identificação do paciente:** Nome completo, idade, aspectos de hábitos diários e estilo de vida do paciente.
  - a. Com o que gosta de brincar?
  - b. Quais os desenhos/séries/filmes que gosta?
2. **Queixa principal:** Escrever com as palavras do paciente o que trouxe ele para aquela consulta (o que e há quanto tempo?). Se não há queixa, coloca-se esse outro motivo de acompanhamento.
3. **História da doença atual (HDA):** Detalhes sobre a patologia
  - a. Localização: Onde se localiza?
  - b. Irradiação: Para onde?
  - c. Intensidade: Quão intenso é? (Se for dor graduar fazendo uso de escala apropriada para a idade);
    - i. Características da dor : Descrever.
  - d. Cronologia: Quando começou ou começa? Quanto tempo dura ou durou? Com que frequência isso ocorre?
  - e. Surgimento: Qual é ou era a situação na qual ocorreram os sintomas?
  - f. Fatores de melhora e de piora;
  - g. Sintomas associados.
  - h. Uso de medicações e suas repercussões;

## 4. **Interrogatório sistemático**

**Aprofunde seus conhecimentos!**



Aponte sua câmera



## 5. Antecedentes fisiológicos:

- Criança: Antecedentes do parto, gestação, marcos do crescimento, curva de crescimento, doenças na infância e vacinação;
- Adolescentes: Quando ocorreu a pubarca, a menarca, a telarca, a gonadarca, o desenvolvimento sexual e histórico de doenças na infância;

## 6. História psicossocial

7. História familiar: Aspectos familiares que possam oferecer algumas pistas sobre o problema de saúde atual.

8. Antecedentes patológicos: Medicamentos de uso contínuo, doenças crônicas, cirurgias prévias.

9. Revisão dos sistemas: Avaliação geral dos sistemas do organismo para verificar se existem alterações anatômicas e/ou funcionais.

## Considerações importantes sobre anamnese na pediatria:

- *Respeite a Criança* - Peça permissão à criança, assim a mesma irá se sentir respeitada e no controle da situação;
- *Tenha paciência* - Dê tempo para a criança processar os estímulos, lembre-se que as crianças se distraem com facilidade;
- *Inicie com manobras menos incomodativas* - Isso permite com que a criança se acostume com a sua presença;
- *Sempre que disponível faça uso de recursos lúdicos* - Crianças comunicam-se com o mundo através de brincadeiras, o que pode tornar a experiência menos ameaçadora e mais agradável para a criança;
- *Reconheça o limite da criança* - Forçar a realização de um procedimento pode traumatizar a criança e os acompanhantes;



## **Considerações importantes sobre anamnese o recém-nascido:**

- Não avalie o lactente com fome - Pode estar mais irritado e menos cooperativo;
- Comece o exame no colo dos pais - Ambiente seguro;
- Fale baixo e com sons infantis - Efeito calmante;
- Considere a Ansiedade de separação entre 9 e 15 meses;

## **Considerações sobre anamnese em criança em fase escolar:**

- Pais devem evitar associar a consulta com um castigo - Essa associação pode levar a ansiedade e medo desnecessário na criança, dificultando a cooperação do paciente;
- Seja sincero e acalme a criança desde o início da consulta - Explique o que será feito com a criança de forma simples e amigável, visando tornar o procedimento menos assustadores;
- Seja gentil e converse bastante - Use uma linguagem apropriada para a idade e mostre interesse no que a criança tem a dizer;
- O exame pode ser feito no chão, com os brinquedos - Nessa faixa etária as crianças são curiosas e adoram brincar, realizar o exame no chão pode transformar a percepção da criança sobre o exame e fazê-lo perceber como uma atividade divertida;
- Evite despir a criança logo no começo - Pode ser invasivo e causar desconforto ou timidez;

## **Considerações importantes sobre anamnese o recém-nascido:**

- Não avalie o lactente com fome - Pode estar mais irritado e menos cooperativo;
- Comece o exame no colo dos pais - Ambiente seguro;
- Fale baixo e com sons infantis - Efeito calmante;
- Considere a Ansiedade de separação entre 9 e 15 meses

# EXAME FÍSICO

## Técnicas necessárias:

1. Inspeção;
2. Palpação;
3. Percussão;
4. Ausculta.

**Importante:** Sempre realize a higienização das mãos!



## Materiais necessários:

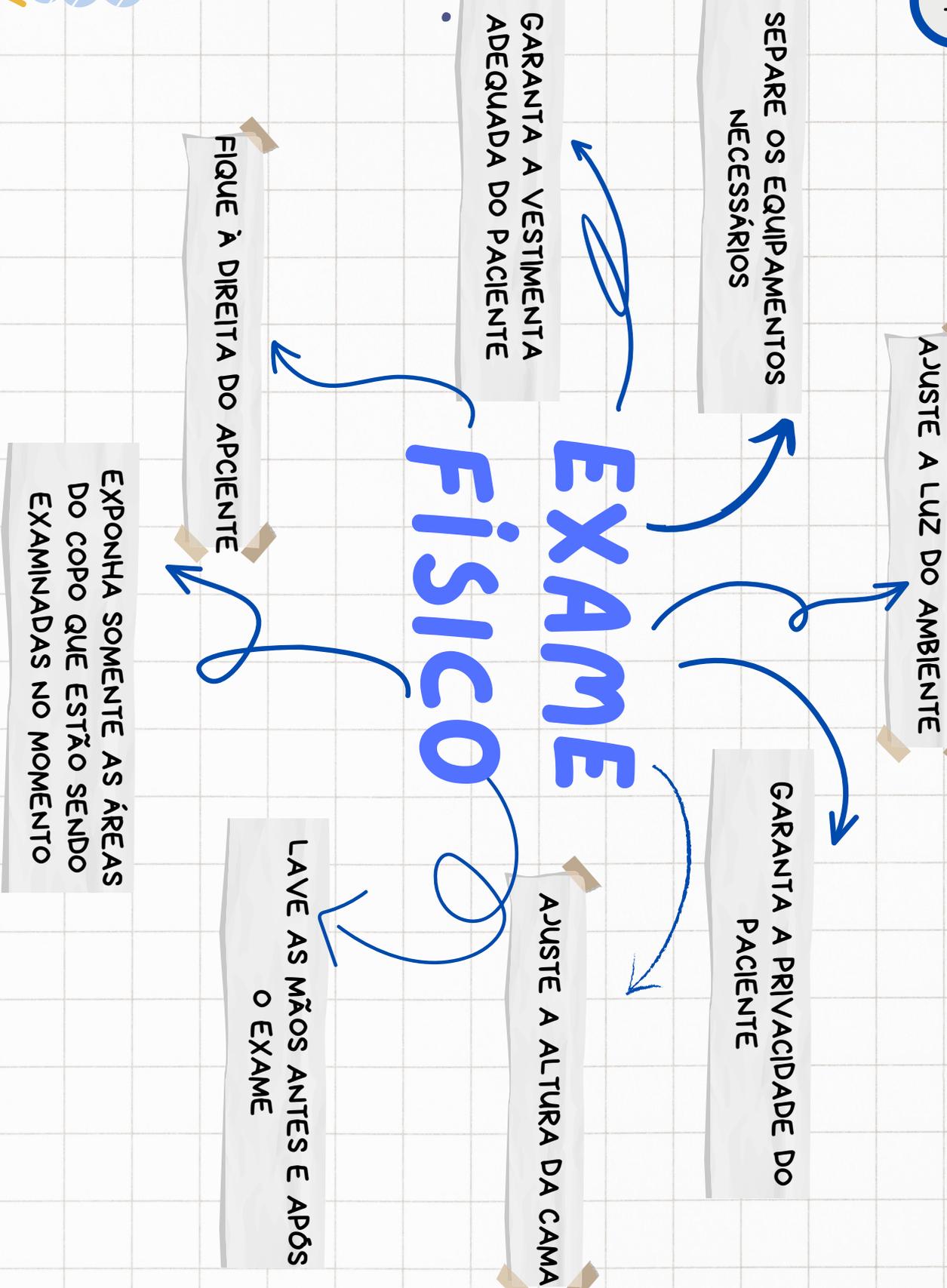
1. Antropometro manual (crianças até 100cm);
2. Balança (pеса-bebê: até 16Kg);
3. Balança antropométrica com toesa vertical (pacientes acima de 16Kg e de 100cm);
4. Estetoscópio;
5. Esfigmomanômetro;
6. Termômetro;
7. Fita métrica;
8. Espátulas (abaixador de língua);
9. Lanterna clínica;
10. Álcool;
11. Martelo : Para testar reflexos;
12. Papel toalha;
13. *Brinquedos ou outros recursos adequados à idade (a fim de obter a colaboração da criança).*

Aprofunde seus conhecimentos!



Aponte sua câmera

Santos; Veiga e Andrade., 2011





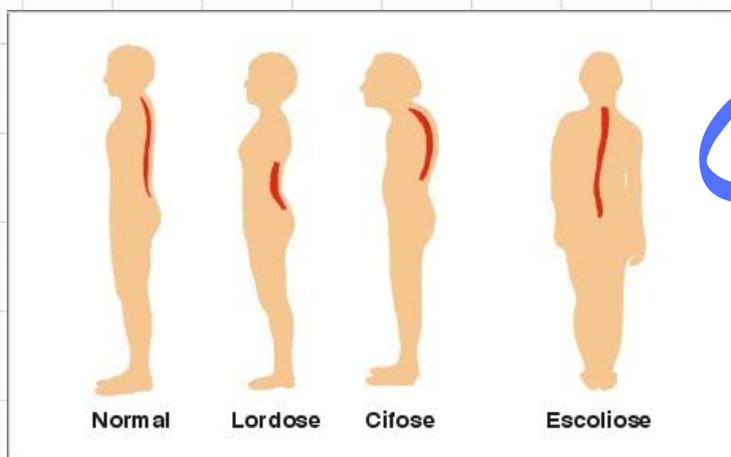
# EXAME FÍSICO

14

## EXAME CÉFALO-CAUDAL: ROTEIRO

### 1. OBSERVAÇÃO DA APARÊNCIA GERAL:

- **Fisionomia:** alegre ou triste, calma ou agitada, assustada, irritada;
- **Interação com o meio:** Hipo, normo ou hiperativa;
- **Interação com as pessoas:** Comunicativa, apática, interessada ou não, brincando, retraída;
- **Postura:** ereta, relaxada, encolhida, postura protetiva, incômoda.
  - Boa postura - Cabeça ereta ou ligeiramente inclinada para diante; Peito erguido, abdome inferior achatado ou levemente retraído; Curvas posteriores nos limites normais;
  - Postura sofrível - Cabeça levemente inclinada para diante; Peito achatado; Abdome protuso, passando a ser a parte mais saliente do corpo; Curvas posteriores exageradas;
  - Má postura - Cabeça acentuadamente inclinada para diante; Peito deprimido; Abdome saliente e relaxado; Curvas posteriores extremamente exageradas.
- **Avaliação da marcha:** Solicitar que o paciente caminhe certa distância, descalço.
  - Marchas anormais - Marcha helicópede, ceifante/hemiplégica, anserina, marcha parkinsoniana e a marcha claudicante.



**Aprofunde seus conhecimentos!**



Aponte sua camera!



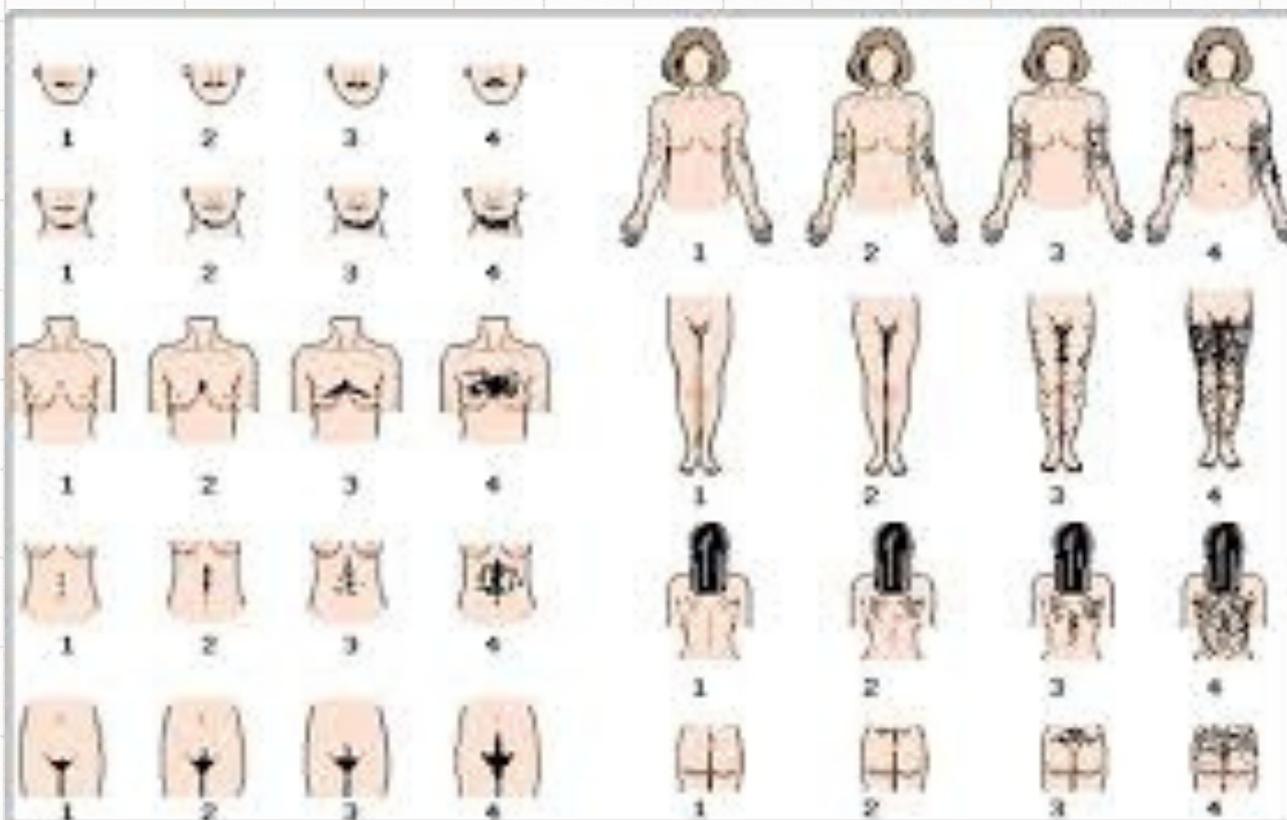
# EXAME FÍSICO

15

**2. PELE E ANEXOS:** Durante todo o exame físico é analisado a condição de saúde da pele.

- **Achados normais:** pele corada, hidratada, íntegra;
- **Achados anormais:** palidez, cianose, icterícia, pele acinzentada ou marmórea, ausência de pigmentação (vitiligo);
- **Avaliação:** avaliar textura, temperatura, turgor, umidade, integridade.
- **Pelos corporais:** pode-se encontrar presença de lanugem no RN, o surgimento dos pêlos secundários aparecem com a puberdade, devem ter distribuição regular e serem isentos de sujidades e infestações (piolhos, lêndeas, carrapatos, fungos).
  - Hipertricose: Aumento exagerado de pelos em localização habitual;
  - Hirsutismo: aumento exagerado de pelos masculinos na mulher (distribuição androgênica);

Score semiquantitativo de Ferriman e Gallwey Modificado - Hirsutismo

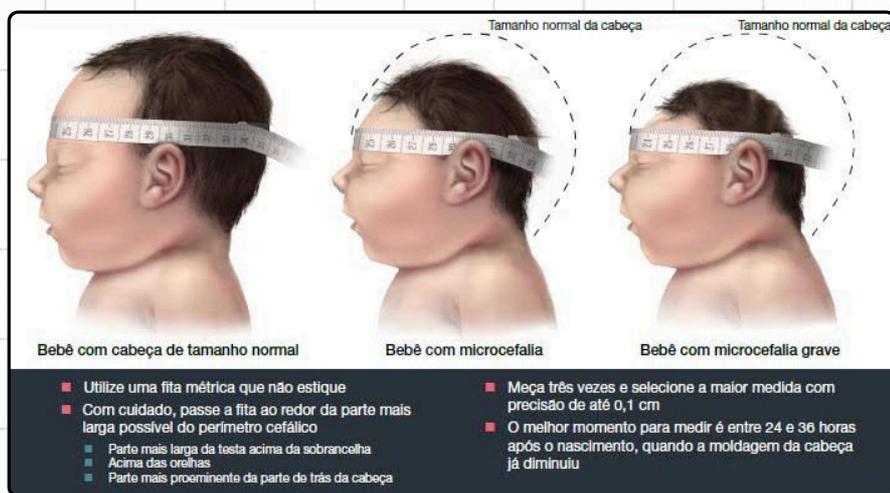




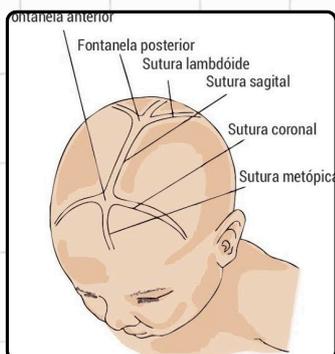
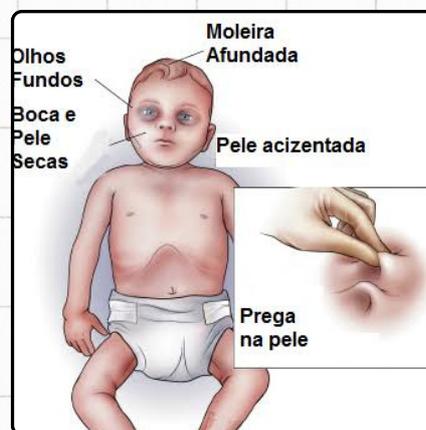
# EXAME FÍSICO

## 3. Crânio:

- **Fontanelas e suturas:** abertas ou fechadas (avaliar de acordo com a idade);
  - **Achados normais:** proeminências frontais, parietais e occipitais simétricas;
  - **Achados anormais:** proeminências ósseas assimétricas, suturas abertas após o sexto mês de vida, octusão precoce ou tardia das fontanelas, fontanelas deprimidas ou abauladas;
- **Evidências de traumatismos:** equimoses, massas ou cicatrizes;\*
- **Perímetro cefálico:** macrocefalia, normocelia, microcefalia;
- **Características físicas e higiene:** cabelos pegajosos, opacos, ressecados e despigmentados, calvície ou áreas ralas, alopecia, presença de sujeira, odor desagradável e infestações. Ou cabelos sedosos, com boa aparência, limpos e brilhosos, couro cabeludo íntegro.

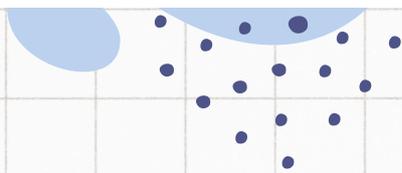


## SINAIS DE DESIDRATAÇÃO



**Sinal de guaxinim:** Quando o sangue vaza para o tecido da pálpebra, geralmente após um ferimento ocular ou craniano;

**Sinal de battle:** Equimose retroauricular, pode indicar fatura na base do crânio ou no osso temporal;



# EXAME FÍSICO

## 4. FACE:

- **Achados normais:** traços fisionômicos normais, proporções simétricas;
- **Olhos:** tamanho, características e distância normais e simétricos, pupilas isocóricas e fotorreagentes, pálpebras normais;
- **Ouvidos:** pavilhão auricular presente, tamanho proporcional, ausência de lesões e sujeiras, presença de cerume amarelo-claro no canal auditivo médio;
- **Nariz:** narinas simétricas, mucosas íntegras, fossas nasais permeáveis, ausência de secreções, sujeiras e corpos estranhos;
- **Boca:** lábios úmidos, macios, e rosados, simétricos, mucosa oral uniforme e úmida, com odor agradável, língua com tamanho e mobilidade normais, freio lingual normal; palato duro, palato mole e úvula íntegros, gengivas com textura característica e firmes, isentas de lesões (podem apresentar áreas doloridas, edemaciadas e esbranquiçadas devido à erupção dentária (compatível com a idade), se já tiver dentes: dentes íntegros, limpos, de cor variável entre branco ou levemente amarelados, alinhados, com oclusão normal);
- **Achados anormais:** assimetria, testa pequena ou aumentada, implantação anormal das orelhas, nariz em sela, lábio leporino, micrognatia (queixo acentuadamente pequeno), paralisias, protrusão da língua, mimica facial aumentada (tiques nervosos) ou diminuída, sinais de lesões e/ou infecções.

### Tipos de Fácies



Cushingóide



Renal ou Nefrótica



Paralisia facial



Parkinsoniana



Tetânica



Leonina(lepra)



Hipertireóideia



# EXAME FÍSICO

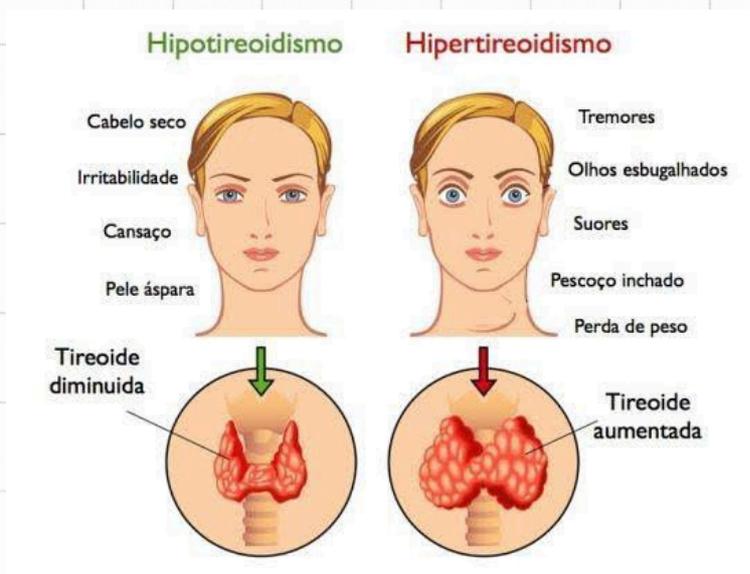
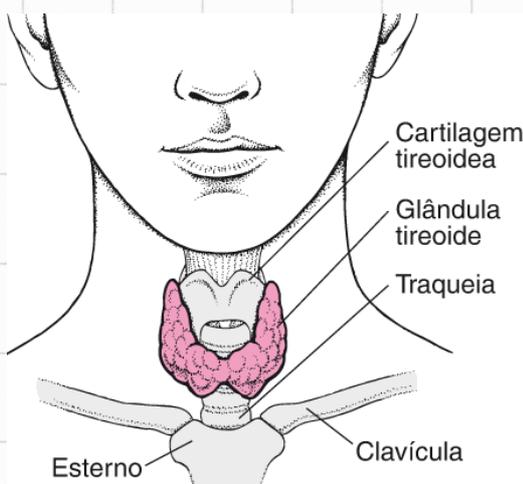
18

## 5. PESCOÇO

- **Achados normais:** simétrico, movimentação livre, traquéia palpável, tireóide palpável com massa lisa e sólida que se move para cima com a deglutição, nódulos linfáticos não palpáveis ou pequenos, macios, redondos e indolores à palpação;
- **Achados anormais:** movimentação limitada, sustentação da cabeça deficiente, desvios da traquéia ou presença de massas no pescoço, nódulos linfáticos aumentados, endurecidos e doloridos.

**Considerações importantes:** Investigar alterações na tireóide.

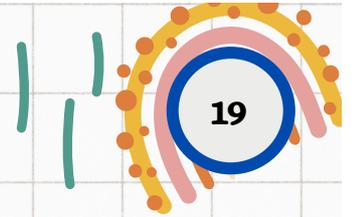
- Sinais de hipotireoidismo descompensado - Cabelo seco e frágil, madarose (perda do terço distal da sobrancelha), edema ao redor dos olhos, aparência facial inchada e pele *excessivamente* seca.
- Sinais de hipertireoidismo - Exoftalmia ou proptose (proeminência anormal dos olhos), piscar frequentemente, pele úmida e quente.



**Observações:** os lactantes possuem o pescoço curto com dobras, por vezes não visíveis a primeira observação, e a palpação da tireóide pode ser dificultosa.



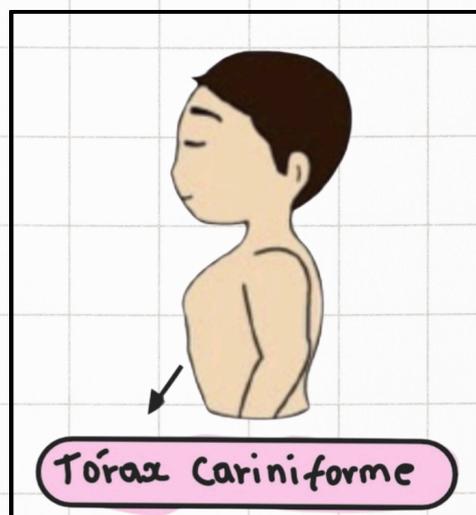
# EXAME FÍSICO



19

## 6. TÓRAX:

- **Achados normais:** nos lactentes tem forma circular, mas à medida que a criança cresce, o tórax aumenta, perímetro torácico (PT) compatível com a idade, **coluna** alinhada, **mamas** com presença de dois mamilos e desenvolvimento compatível com a idade e ausência de anormalidades;
- **Achados anormais:** tórax em forma: careniforme, pectus excavatum (peito de sapateiro), barril; perímetro torácico incompatível com a idade ou desproporcional ao perímetro cefálico, **coluna** apresentando escoliose, lordose ou cifose, **mamilos** extras ou a menos, distância irregular, mamas assimétricas, presença de fissuras, inversões, descamação, nódulos.





# EXAME FÍSICO

20

## 7. SISTEMA RESPIRATÓRIO:

- **Achados normais:** eupneico, murmúrios vesiculares presentes com simetria e boa expansibilidade de ambos os lados;
- **Achados anormais:** taquipnéia, bradpnéia, respiração Cheyne-stokes, respiração Kussmaul, ritmo de Biol, apnéia, respiração superticial ou profunda, dispnéia, batimentos das asas do nariz, presença de tosse (seca, produtiva) e secreção nas vias aéreas (mucosa, purulenta), movimentos de respiratórios assimétricos, presença de ruídos adventícios estertores e roncosp.

## AUSCULTA PULMONAR

<b>Sibilo</b> Em casos de DPOC e asma, sem alteração ao tossir.	<b>Murmúrio vesicular</b> Som fisiológico
<b>Ronco</b> Obstrução devido secreção	<b>Squawk   Grasido</b> Devido doença intersticial
<b>Estridor</b> Aspiração de corpos estranhos ou distúrbios agudos	<b>Estertor</b> Bolhoso (alvéolos cheios de secreção) ou fino (alvéolos cheios parcialmente de secreção)

Aprofunde seus conhecimentos!



Aponte sua câmera

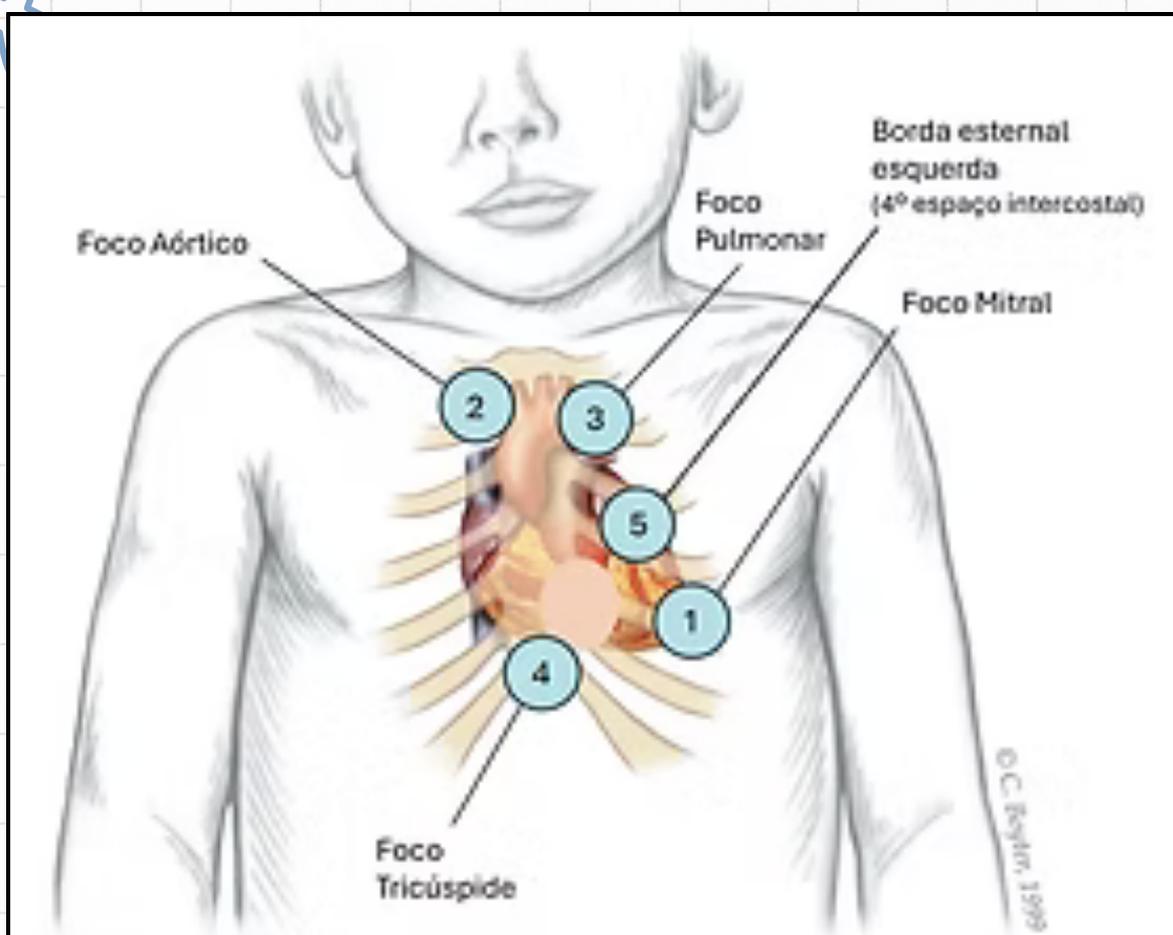


# EXAME FÍSICO

21

## 8. CORAÇÃO:

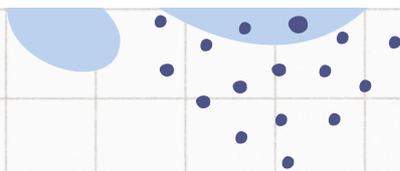
- **Achados normais:** batimentos cardíacos nítidos, claros, rítmicos e regulares nos quatro focos de ausculta: aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral;
- **Achados anormais:** batimentos cardíacos abafados, difusos ou distantes, taquicardia ou bradicardia.



Aprofunde seus conhecimentos!



Aponte sua câmera



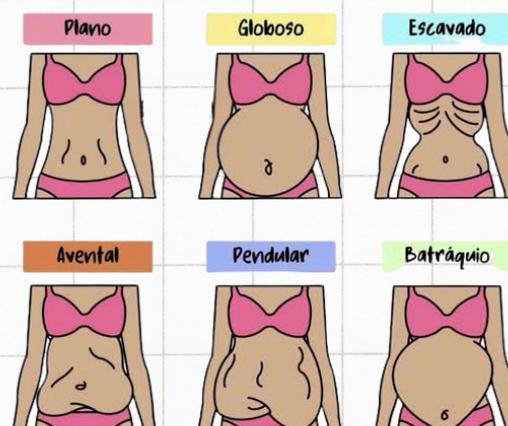
# EXAME FÍSICO

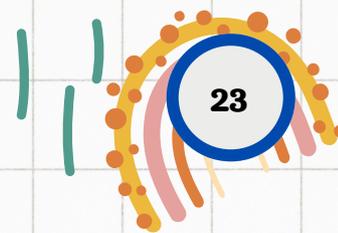
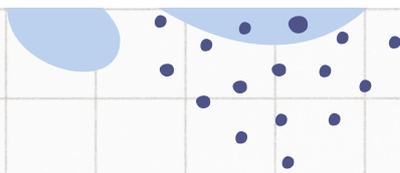
## 8. ABDOME:

- **Achados normais:** abdome flácido e simétrico, sem protuberância ou massas, movimentos respiratórios visíveis conjuntamente com o tórax (exceto bebês onde o movimento respiratório é mais visível no abdômen), umbigo plano ou levemente protuso sem infecções ou sujidades, e presença de ruídos intestinais presentes.
- **Achados anormais:** abdome tenso, distendido, globoso, com volume, com sinal de massa ou abaulamento localizado, com rigidez, com assimetria, região umbilical com hérnias, fístulas ou sinais de infecção, peristaltismo diminuído, ausente, ou hiperperistaltismo, ao exame timpanismo exagerado assemelhando-se a batidas de um tambor.
- **Observação:** avaliar estado nutricional (obesidade, sobrepeso, estado nutricional adequado, magreza, estado caquético), hidratação (hidratada ou desidratada).



## Tipos de Abdômen





# EXAME FÍSICO

## 8. GENTÍLIA:

### FEMININA-

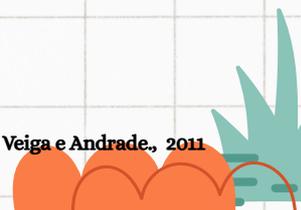
- **Achados normais:** pequenos lábios compatíveis com a idade (hipertrofiados em recém-nascidos, atrofiados na criança, desenvolvidos a partir da puberdade), canal vaginal presente com abertura vaginal coberta pelo hímen (**se atentar para ausência após as relações sexuais**), ausência de infecções, traumas e sangramentos vaginais, exceto o normal advindo da menstruação, meato urinário entre a vagina e o clitóris.
- **Achados anormais:** formação anatômica com anormalidade, desenvolvimento sexual incompatível com a idade, aparecimento precoce ou tardio dos pêlos pubianos com distribuição irregular, sangramentos anormais, presença de secreção purulenta e fétida, sinais de traumas.

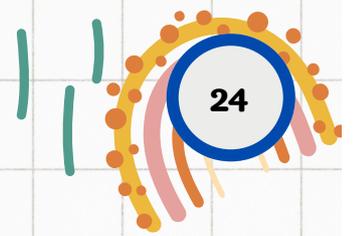
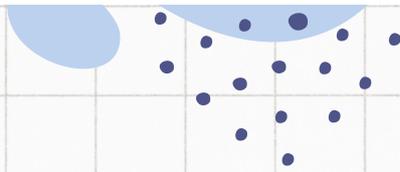
### MASCULINA-

- **Achados normais:** órgão genital de tamanho compatível com a idade, meato urinário centralizado na glândula, isenta de lesões e secreções, testículos no interior da bolsa escrotal simétricos.
- **Achados anormais:** micropênis (hipoplasia peniana) ou megalopênis (hiperplasia), presença de fimose, secreção ou lesão, ectopia testicular, testículos aumentados.

### ÂNUS-

- **Achados normais:** orifício anal presente, íntegro, presença de contração anal.
- **Achados anormais:** ânus impenurado, com hemorróidas ou varizes perianais, fissuras ou prolapso retal, ausência de reflexo esfinteriano, sinais de parasitoses, hiperemia ou traumas (**se atentar para as pregas**).





# EXAME FÍSICO

## 8. GENTÍLIA:

### FEMININA

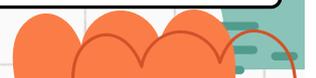
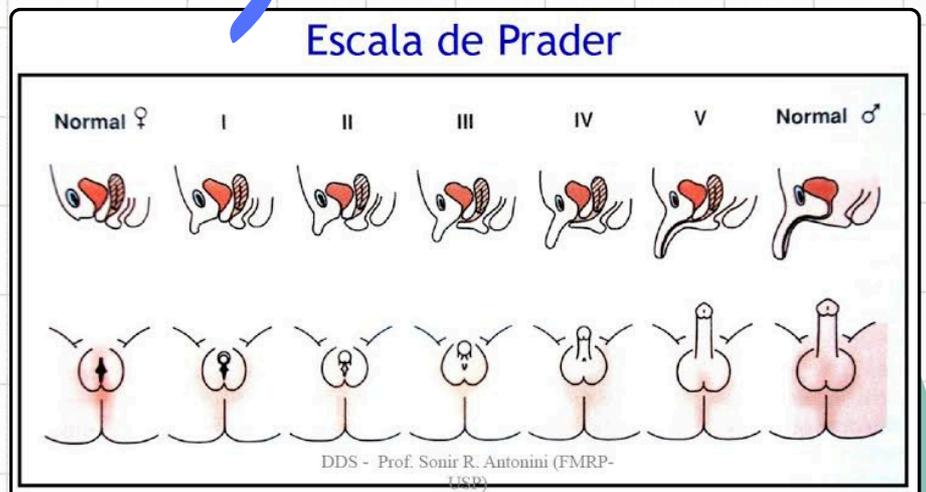
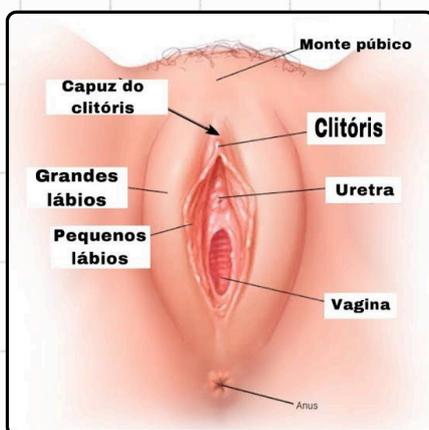
- **Achados normais:** pequenos lábios compatíveis com a idade (hipertrofiados em recém-nascidos, atrofiados na criança, desenvolvidos a partir da puberdade), canal vaginal presente com abertura vaginal coberta pelo hímen (**se atentar para ausência após as relações sexuais**), ausência de infecções, traumas e sangramentos vaginais, exceto o normal advindo da menstruação, meato urinário entre a vagina e o clitóris.
- **Achados anormais:** formação anatômica com anormalidade, desenvolvimento sexual incompatível com a idade, aparecimento precoce ou tardio dos pêlos pubianos com distribuição irregular, sangramentos anormais, presença de secreção purulenta e fétida, sinais de traumas.

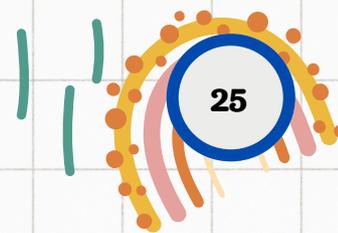
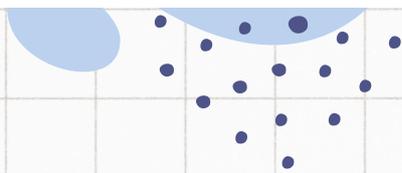


Artigo acadêmico!

### Classificação de Prader:

- **Finalidade** - Descrever as variações na aparência da genitália externa;
- **Variação** - 1 a 5;





# EXAME FÍSICO

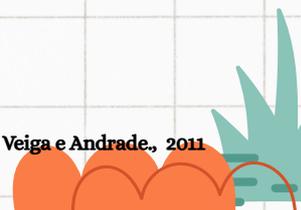
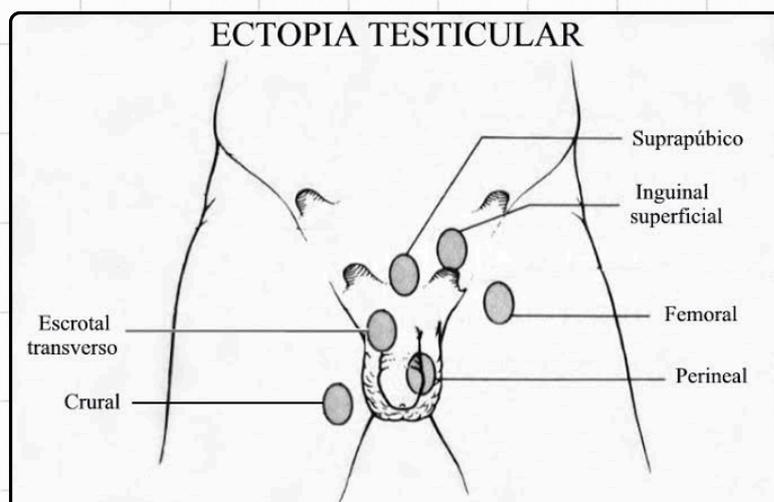
## 8. GENTÍLIA:

### MASCULINA

- **Achados normais:** órgão genital de tamanho compatível com a idade, meato urinário centralizado na glândula, isenta de lesões e secreções, testículos no interior da bolsa escrotal simétricos.
- **Achados anormais:** micropênis (hipoplasia peniana) ou megalopênis (hiperplasia), presença de fimose, secreção ou lesão, ectopia testicular, testículos aumentados.

### ÂNUS-

- **Achados normais:** orifício anal presente, íntegro, presença de contração anal.
- **Achados anormais:** ânus impenurado, com hemorróidas ou varizes perianais, fissuras ou prolapso retal, ausência de reflexo esfinteriano, sinais de parasitoses, hiperemia ou traumas (se atentar para as pregas).





# EXAME FÍSICO

26

## 8. MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (MMSS e MMII):

- **Achados normais:** configuração óssea dentro dos parâmetros da normalidade, simétricos, com movimentação ampla, harmoniosa e compatível com a idade.
- **Achados anormais:** hematomas, assaduras, feridas, fraturas, luxações, entorses, ausência de membros, polidactilia, sindactilia, genu varum, genu valgum, pé varo, pé valgo, pé chato ou plano, movimentos diminuídos (presença de luxação congênita em recém-nascidos).
- **Observação 1:** Em caso de apresentar algum dispositivo como próteses ou acesso venoso periférico, identificar.
- **Observação 2:** Verificar perfusão (boa perfusão até 2 segundos), unhas e higienização.



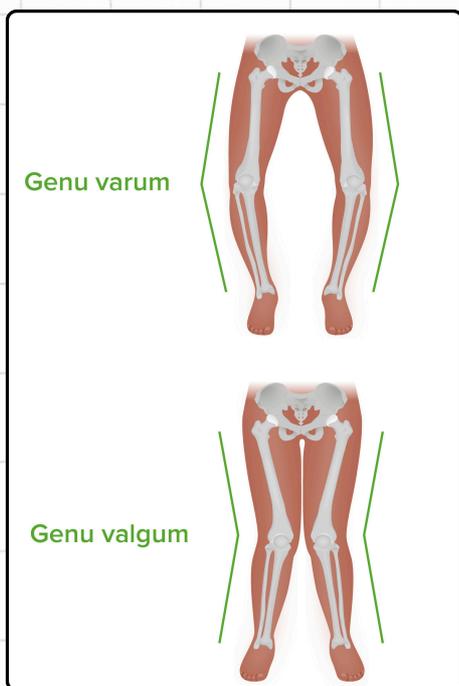
Normal



Chato



Cavo





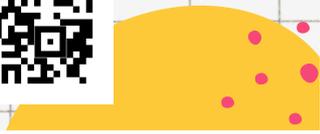
# SINAIS VITAIS (SSVV)

IDADE	FR	FC (vígilia)	FC (em sono)	PA
Neontaos ( 29 d)	-	100-125 bpm	90-160 bpm	-
1 a 12 meses	30-53 irpm	100-180 bpm	90-160 bpm	PaS: 72-104 PaD: 37-56 PAM: 50-62
1 a 2 anos	22-37 irpm	98-140 bpm	80-120 bpm	PaS: 86-106 PaD: 42-63 PAM: 49-62
3 a 5 anos	20-28 irpm	80-120 bpm	65-100 bpm	PaS: 89-112 PaD: 46-72 PAM: 58-69
6 a 9 anos	18-25 irpm	75-118 bpm	58-90 bpm	PaS: 97-115 PaD: 57-76 PAM: 66-72
> 10 anos	12-20 irpm	60-100 bpm	50-90 bpm	PaS: 102-120 PaD: 61-80 PAM: 71-79

Temperatura: > 37,8°C - Hipertermia  
37 - 37,8 °C - Subfebril  
36 - 37°C - Afebril  
<35°C - Hipoermia

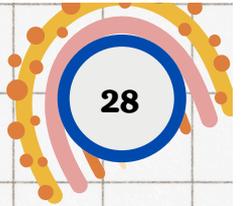
Adaptado de PALS

Aprofunde seus conhecimentos!





# CONSULTA DE ENFERMAGEM



## CONSULTA DE ENFERMAGEM

### NOME, DATA, ACOMPANHANTE

SSVV - T:      FC:      FR:      SatO2:      PA:      Dor:

### NEUROLÓGICO:

**Estado:** ( )consciente ( )inconsciente ( )orientado ( )desorientado

**Comportamento:** ( )irritada ( )bem humorada/tranquila ( )chorosa ( )indiferente

**Atividade:** ( )ativa ( )apática ( )reativa ( )não reativa

**Pupilas:** ( )isocóricas ( )anisocóricas ( )midriáticas

### PELE E MUCOSAS:

( )corada ( )hipocorada ( )hidratada ( )desidratada ( )ressecada ( )íntegra

( )lesões, onde:

( )Edema, onde:

( )Sangramento, onde:

( )Cicatrizes, onde:

### RESPIRATÓRIO:

**Esforço resp.** ( )não ( )sim

**Sinais de esforço respiratório** ( )resp. ruidosa ( )cianose ( )oral ( )extremidade

**Tiragens:** ( )fúrcula/supra-external ( )sub-external ( )intercostal

( )supraclavicular ( )diafragmática

**Murmúrios vesiculares bilaterais** ( )sim ( )não. **Hemitórax**( )D ( )E

**Ruídos Adventícios:** ( )não ( )sim. **Tipo?**( )estertores ( )roncos ( )sibilos

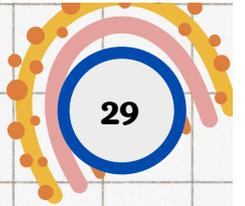
**Necessidade de O2:** ( )não ( )sim **Como?**( )máscara ( )cateter nasal **Litros?:**

**Apresenta tosse:** ( )não ( )sim. **Tipo?**( )seca ( )produtiva **Intensidade**( )leve

( )moderada ( )intensa

**Expectoração/secreção:** ( )não ( )sim. **Como?**( )espontânea ( )aspiração

**Característica:** **Quant.**( )P ( )M ( )G



## CARDIOVASCULAR:

**Frequência Cardíaca:** ( ) normocárdia ( ) taquicardia ( ) bradicardia

**Pulsos:** ( ) pulsos cheios ( ) filiformes **Rítmo:** ( ) arritmico ( ) rítmico

## ABDOMEN:

**Formato:** ( ) globoso ( ) semi-globoso ( ) plano

**Tonicidade:** ( ) normotenso ( ) tenso ( ) distendido ( ) flácido

**Auscul ta RHA:** ( ) normais ( ) hipoativos ( ) hiperativos **Percussão:** ( ) timpânico ( ) não

**Palpação: Anormalidades** ( ) não ( ) sim. **Localização:**

## ELIMINAÇÕES:

**Diurese:** ( ) espontânea ( ) SVD ( ) urostomia ( ) citostomia

**Anormalidades:** ( ) oligúria ( ) disúria ( ) poliúria ( ) globo vesical (retenção)

**Características:** ( ) hematúria ( ) colúria ( ) concentrada ( ) com grumos ( ) sem

**Fezes:** ( ) retal/espontânea ( ) colostomia ( ) ileostomia

**Consistência:** ( ) pastosa ( ) endurecidas ( ) semi-líquidas ( ) líquidas

**Frequência das evacuações:** ( ) vezes ao dia ( ) obstipado. Quando?

## MMSS E MMII (indicar localização do problema apontado):

**Situação:** ( ) normais ( ) edema ( ) atrofia ( ) flacidez muscular

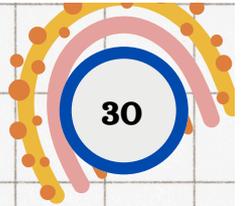
**Mobilidade:** ( ) normal ( ) redução ( ) paraplegia (MMII) ( ) tetraplegia (MMSS e II)  
( ) hemiplegia ( ) D ( ) E

**Deformidades:** ( ) atrofia ( ) outra. Qual? Onde?

**Sinais flogísticos e/ou lesões:** ( ) não ( ) sim. Local?



# CONSULTA DE ENFERMAGEM



## PADRÃO ALIMENTAR:

**Jejum:** ( ) não ( ) sim. Por quê?

**Dieta:** ( ) p/ a idade ( ) especial. Qual?

**Aceitação:** ( ) normal ( ) parcial ( ) recusa ( ) não se aplica

**Tolerância:** ( ) normal ( ) náusea ( ) vômito

Dispositivos	Nº	Data	Débito (ml)	Características
Dreno. Onde?				
CVD				
COG / CNG				
CNE				

## TERAPIA INTRAVENOSA:

Dispositivo	Tipo e Nº	Data da Punção	Observações (permeabilidade, resistência, perda, obstrução)
AVP			
CVC			

## EXAMES COLETADOS/ REALIZADOS / PREVISTOS:

## DADOS COMPLEMENTARES / DADOS IMPORTANTES:





# REGISTRO DE ENFERMAGEM

<b>ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>
<b>Dados brutos</b>	<b>Dados analisados</b>
<b>Elaborada por toda a equipe de enfermagem</b>	<b>Privativa do enfermeiro</b>
<b>Referente a um momento</b>	<b>Referente ao período de 24 horas</b>
<b>Dados pontuais</b>	<b>Dados processados e contextualizados</b>
<b>Registra uma observação</b>	<b>Registra a reflexão e análise de dados</b>

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dia 23/04/2025

- Às 08h administrado dipirona de horário via EV (endovenosa) em AVP (acesso venoso periférico) inserido em MSE (membro superior esquerdo), conforme prescrição médica, realizado salinização antes e após a medicação, procedimento realizado sem intercorrências. (NOME DO PROFISSIONAL E COREN).
- Às 11h15 equipe chamada pela genitora, paciente encontra-se choroso, inquieto e com vermelhidão em região facial, ao toque verificou-se temperatura alterada, realizada medição de temperatura com termômetro TAX: 39,1°C, informado médico plantonista e solicitado nova prescrição, equipe aguarda orientação para nova intervenção, intercorrência relatada em prontuário. (NOME DO PROFISSIONAL E COREN).

# MODELO SOAP - SUBJETIVO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO E PLANO DE AÇÃO

32

**SOAP:** Modelo médico que tem sido adotado pela enfermagem para sistematizar a evolução de enfermagem.

**S - SUBJETIVO:** Queixa Principal (QP); História da Doença Atual (HDA); História médica pregressa; História familiar; História social; Revisão de sistemas (identificação de sintomas adicionais que o paciente não tenha relatado por não acreditar que possa estar relacionado a HDA).

**O - OBJETIVO:** SSVV; Exame físico; Resultado de exames complementares; Inserir escalas utilizadas para avaliação;

**A - AVALIAÇÃO:** Interpretação clínica à partir dos dados apresentados nos dados subjetivos e objetivos. Correlação entre sintomas e achados clínicos; Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica (HD); Estado atual do paciente.

**P - PLANO:** Conduta terapêutica; Solicitação de exames complementares; Encaminhamentos e atividades multiprofissionais; Seguimento.

## Exemplo:

**S:** HMP previamente hígido, HDA - Intermaneto por PNM; Acompanhante segue com humor combativo, solicitado acompanhamento com a equipe de psicologia, a mesma relata preocupação com demais filhos e necessidade de alta do paciente devido à falta de rede de apoio para cuidado dos irmãos do paciente;

**O:** Paciente acomodado em cama com rodas travadas, grades elevadas e proclive, pouco-ativo, porém reativo ao manuseio, hipocorado, hidratado. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, mantendo SNE nº08 em narina D, fixada em zigomático, recebendo dieta cpm de 3/3H, com boa aceitação. Mantém CVC em JID, protegido e fixado por curativo transparente limpo e seco (D1/D7), óstio sem sinais flogísticos, em processo de cicatrização, com bom fluxo e refluxo em ambas as vias, com Predex à 2mL/H, midazolam 0,5 mL/H e PB à 12 mL/H. SSVV seguem estáveis dentro do padrão da criança, afebril, normotenso (PAS:85-95, PAD:55-45 mmHg), normocárdico (FC:130-140 bpm), eupneico (FR:24-28 mrpm), com boa saturação (SpO<sub>2</sub>: 93-95%) e normoglicêmico (80-100 mg/DL) Segue em VM com FIO<sub>2</sub>: 65%, PEEP: 7, Tinsp: 0,6 e FR: 24, em TOT nº3,5 sem cuff, com vazamento de 30%, equipe médica e de fisioterapia cientes. Realizada aspiração de CET com auxílio de sistema fechado (Trache-care) com remoção de secreção semiespessa branca em média quantidade e aspirada VAS com sonda nº06 com remoção de secreção hialina em média quantidade. Tórax simétrico, com boa expansibilidade, sem sinais de esforço respiratório. MMSS com boa perfusão tecidual, removido AVP em MSD devido a presença de soroma. Abdômen do tipo semigloboso, depressível e indolor a palpação. Genitália típica masculina, com SVD nº 08, drenando urina do tipo amarela clara sem grumos em bolsa coletora. MMII com boa perfusão tecidual.

**A:** Risco de queda; Risco de infecção relacionado ao uso de cateter venoso central; Enfrentamento familiar comprometido;

**P:** Manter paciente acomodado em cama com rodas travadas, grades elevadas e acompanhante orientado(a) em relação ao risco de queda e medidas preventivas; Avalia CVC em relação a presença de sinais flogísticos; Promover ambiente acolhedor, permitir que familiar espresse seus sentimentos, solicitar acompanhamento psicológico;



## REFLEXOS PRIMITIVOS

**Preensão palmar:** É posicionado o dedo na palma da mão da criança onde ela terá um reflexo e fechará a mão em volta do dedo posicionado na palma, como se estivesse segurando. Esse reflexo desaparecerá em torno dos 4 a 6 meses, onde deixa de ser reflexo e a criança passa a agarrar por vontade própria.



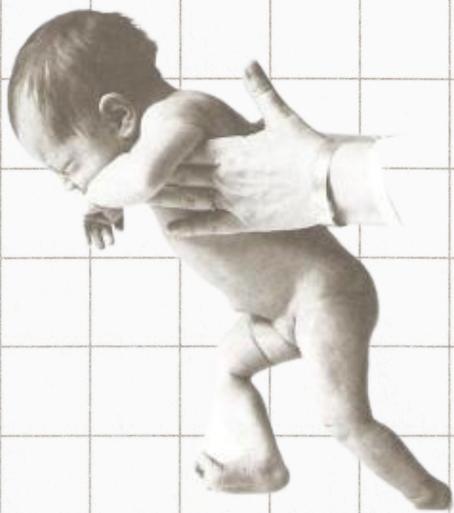
**Preensão plantar:** É posicionado o dedo logo abaixo dos dedos na posição posterior, fazendo com que o reflexo haja e os dedos do pé tentem “agarrar” o dedo posicionado. Ele desaparecerá em torno dos 15 meses.



# REFLEXOS PRIMITIVOS

**Reflexo de procura e sucção:** O reflexo de procura ou busca é observado quando a região peribucal do bebê é estimulada, pode ser feita com o dedo, onde a criança irá abrir a boca e tentar alcançar com a boca o local onde está sendo estimulado. Já o de sucção é quando inserimos o dedo levemente na boca do bebê e ele realiza o movimento de sucção, como se estivesse mamando. O reflexo de busca desaparece em torno dos 4 meses de vida.

**Atenção:** realizar o teste desses reflexos com luva.



**Reflexo de marcha:** É identificado quando o RN é segurado pelo tronco e posicionado em pé, encostando levemente os pés na superfície, onde ele fará movimentos com as pernas como se estivesse marchando, “tentando andar”. Esse reflexo desaparece em torno da quarta semana de vida.





# REFLEXOS PRIMITIVOS

**Reflexo de Moro:** A criança é colocada em posição supina em local apropriado e seguro, em seguida é levemente suspensa de modo que não desencoste totalmente do colchão, e é solta de forma que simule uma sensação de queda para o bebê, os membros superiores irão estender com abertura de mãos, possivelmente o reflexo é acompanhado de choro. Este desaparece em torno dos 5 meses.



**Reflexo plantar ou Sinal de Babinski:** Pode ser observado quando proporciona-se estímulo na porção lateral posterior do pé, por meio do dedo ou um objeto, onde há a extensão do hálux e dos dedos em forma de leque. Esse reflexo se apresenta até cerca dos 18 meses.





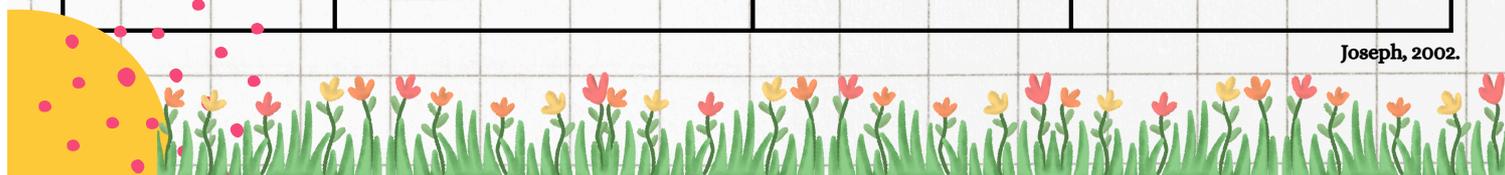
# DESENVOLVIMENTO INFANTIL

FAIXA ETÁRIA	LINGUAGEM SOCIAL	LINGUAGEM VERBAL	DESENVOLVIMENTO MOTOR
Recém-Nascido	Breve contato visual, especialmente no momento da amamentação.	Chora quando apresenta desconforto, e se acalma com a voz dos outros.	Apresenta os reflexos primitivos.
1 mês	Fixa objetos com o olhar brevemente.	Fica alerta com sons; Faz sons vocálicos breves.	Levanta o queixo quando colocado de barriga para baixo; Dedos dos membros começam a ficar mais relaxados.
2 meses	Sorri	Vocaliza com sons interativos (falas ou canções).	Levanta a cabeça e tronco quando de barriga para baixo; Sustenta o pescoço; Abre e fecha as mãos de forma autônoma, percebe os objetos colocados nas mãos.
4 meses	Ri alto	Reconhece as vozes; Vocaliza com sons vocálicos.	Rola de barriga para baixo para cima; Consegue se apoiar nos cotovelos e pulsos; Brinca com os dedos; Agarra objetos.
6 meses	Começa a virar quando chamado; Sorri para o reflexo no espelho.	Balbucia	Rola de barriga para cima para baixo; Começa a sentar; Procura objetos.



# DESENVOLVIMENTO INFANTIL

FAIXA ETÁRIA	LINGUAGEM SOCIAL	LINGUAGEM VERBAL	DESENVOLVIMENTO MOTOR
9 meses	Dá tchau; Já sabe segurar os braços no alto da cabeça pedindo colo; Usa as mãos para comer; Reconhece o próprio nome.	Começa a dizer algumas palavras com sílabas, como papá ou mamá.	Senta sem apoio; Fica de pé; Pode engatinhar; Joga objetos; Bate um brinquedo no outro.
12 meses	Procura objetos; Imita os gestos dos outros.	Já sabe chamar o pai/mãe e palavras ou pessoas para pedir ou chamar alguém.	Dá os primeiros passos; Sabe levantar sozinho sem apoiar; Pega objetos com pinça de 2 dedos.
15 meses	Bebe de um copo derramando um pouco; Sabe apontar para objetos ou pessoas.	Usa algumas palavras além dos nomes das pessoas; Reconhece ordens verbais.	Agacha para pegar objetos no chão; Começa a correr; Escala móveis.
18 meses	Compreende brincadeiras simples; Ajuda a tirar e colocar as roupas; Aponta para objetos de interesse; Consegue comer um pouco e algumas coisas sozinho.	Consegue formular frases medianas; Identifica as partes no corpo.	Começa a subir escadas com apoio; Carrega brinquedos; Rabisca papel ou parede.





# DESENVOLVIMENTO INFANTIL

38

FAIXA ETÁRIA	LINGUAGEM SOCIAL	LINGUAGEM VERBAL	DESENVOLVIMENTO MOTOR
2 anos	Brinca junto com outras crianças; Consegue tirar as roupas sozinho; Come com colher sozinho.	Fala bastante, porém palavras não totalmente formadas, pessoas que não são da família não entendem tudo.	Chuta bola; Pula; Corre coordenadamente; Empilha objetos.
2 anos e meio	Faz xixi no banheiro ou penico; Brinca de imitar; Começa a utilizar o garfo.	Diz o seu próprio nome; Nomeia objetos.	Começa a subir degraus alternando os pés.
3 anos	Vai sozinho ao banheiro para fazer xixi; Divide objetos; Começa a brincar com imaginação.	A pronuncia das palavras começa a melhorar.	Pula pra frente; Começa a pedalar; Escala e sabe descer só; Começa a conseguir desenhar formas.
4 anos	Escova os dentes; Se veste sozinho; Brinca com outras pessoas envolvendo imaginação.	Linguagem bem desenvolvida.	Pula em um pé só; Sobe bem as escadas; Desenha pessoas.

Joseph, 2002.



# TERAPIA INTRAVENOSA

A escolha da via de acesso vai depender de alguns fatores como :

- Osmolaridade (soluções com osmolaridade  $> 600$  mOsmol/L = considerar uma via central);
- Vesicância;
- Tempo de terapia intravenosa;
- Rede venosa do paciente;

## Cuidados com acesso venoso

Por ser uma via de contaminação, principalmente da corrente sanguínea, existem alguns cuidados que devem ser implementados de rotina, como:

- Uso de conector valvulado;
- Verificar a permeabilidade do acesso antes da administração de medicações;
- Sempre que possível fazer uso de curativo transparente, uma vez que este permite a visualização do óstio e da pele adjacente;
- Fazer uso da escala de Maddox e registrar em protuário diariamente;
- Atentar se o tamanho do abocath está adequado à vazão e calibre da veia;

Escala de Maddox - Flebite		
<b>Sem Dor</b>	0 - Não há sinal de flebite 1- Possivelmente início de flebite	Sítio de inserção íntegro Dor, rubor
<b>Dor Moderada</b>	2 - Início de flebite 3- Flebite em evolução	Dor, rubor e edema (apenas 2) Dor, rubor e edema (todos)
<b>Dor Severa</b>	4- Início de tromboflebite 5- Tromboflebite em evolução	Dor, rubor, edema, cordão venoso (todos) Dor, rubor, edema, cordão venoso e secreção (todos)

# TERAPIA INTRAVENOSA

## TIPOS DE ACESSO

### Acesso venoso periférico



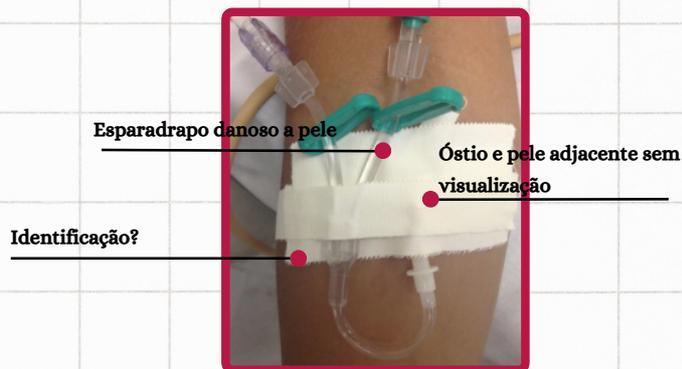
Tempo de permanência : Até 7 dias;

Vazão: A depender do tamanho do abocath;

Importante: Visualização do óstio e pele adjacente!

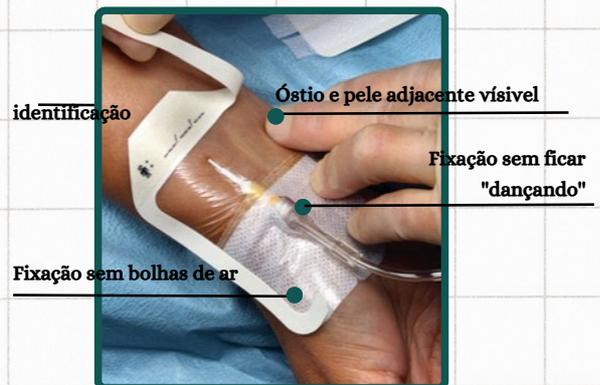
**Observação:** Na impossibilidade de uso de material que facilite a visualização do óstio, seguir protocolo da instituição.

### ERRADO



Desconfortável para o paciente, sensação de que o AVP irá cair.

### CERTO



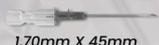
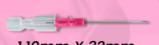
Confortável e esteticamente aceitável.

Acesso de primeira escolha;

Jelco: 20, 22, 24 e 26;

Locais de escolha: Antebraços, braços, pescoço, mãos, pernas, pés e cabeça;

**Punção em MMII : ELEVADO RISCO DE TROMBOSE!**

POLEGADAS	DIÂMETRO X COMPRIMENTO	COR DO CANHÃO	VAZÃO (ML/MIN)
14G	 2,10mm X 45mm	Laranja	270
16G	 1,70mm X 45mm	Cinza	180
18G	 1,30mm X 45mm	Verde	80
20G	 1,10mm X 32mm	Rosa	54
22G	 0,90mm X 25mm	Azul	33
24G	 0,70mm X 19mm	Amarelo	20
26G	 0,60mm X 19mm	Roxo	15

# TERAPIA INTRAVENOSA

## TIPOS DE ACESSO

### Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)



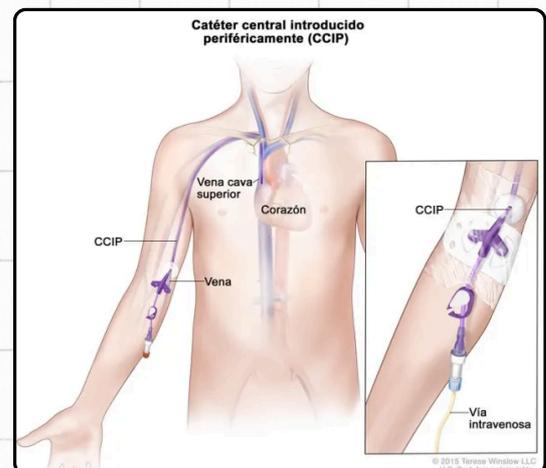
Tempo de permanência : De 30 dias até 3 meses, porém varia;

Inserção: Profissionais enfermeiro(as) habilitados (Parecer COFEN nº243/2017);

Troca de curativo: Deve ser realizada por profissional enfermeiro(a) capacitado, de forma estéril a cada 7 dias ou sempre que curativo transparente sujo ou solto;

Posicionamento: Confirmado após Raio-x de tórax; Deve estar posicionado em junção cavoatrial;

Indicações: NPT (> 600 mOsmol/L); SG com concentração > 12,5%; Infusão de quimioterápicos, antibioticoterapia > 7 dias;



### Material necessário para troca de curativo

1. Luva estéril de tamanho adequado;
2. 2 pacotes de gaze estéril;
3. Kit curativo;
4. Curativo estéril;
5. Clorexidina alcoólica;
6. Conector valvulado (Troca deve ser feita a cada 7 dias)

# TERAPIA INTRAVENOSA

## TIPOS DE ACESSO

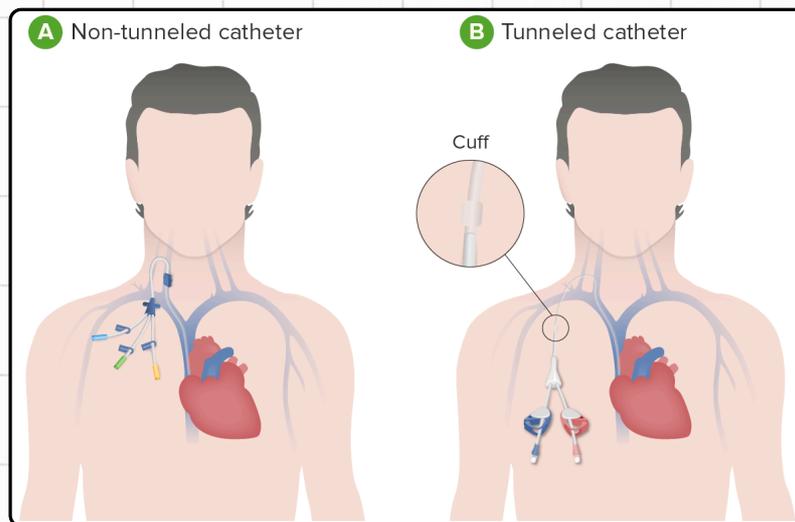
### Cateter venoso central (CVC)

#### Não-Tunelizado

Nesse grupo de cateteres estão o duplo-lúmen, o cateter venoso central de inserção periférica (PICC) e o Shilley.

#### Tunelizado

São de silicone, revestido por uma camada de teflon para proporcionar resistência e durabilidade, podendo possuir um cuff (anel de dácron) para permitir melhor fixação;



#### Material necessário para troca de curativo

1. Luva estéril de tamanho adequado;
2. 2 pacotes de gaze estéril;
3. Kit curativo;
4. Curativo estéril;
5. Clorexidina alcoólica;
6. Conector valvulado (Troca deve ser feita a cada 7 dias)

# TERAPIA INTRAVENOSA

## TIPOS DE ACESSO

### Port-a-cath ou Cateter totalmente implantado (CTI)

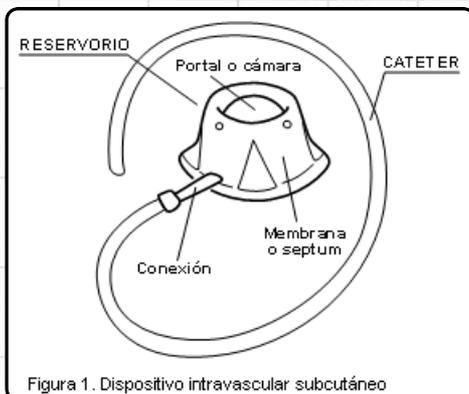


Tempo de permanência: Anos;

Inserção: Realizada por médico em Centro Cirurgico;

Punção: Realizada por profissional enfermeiro com auxílio da agulha do tipo Huber;

Troca de curativo: Deve ser realizada por profissional enfermeiro(a) capacitado, de forma estéril a cada 7 dias ou sempre que curativo transparente sujo ou solto;



### Material necessário para punção

1. Luva estéril de tamanho adequado;
2. 2 pacotes de gaze estéril;
3. Agulha do tipo Huber;
4. Curativo estéril;
5. Clorexidina alcoólica;
6. Conector valvulado (Troca deve ser feita a cada 7 dias);
7. Seringa de 10 mL vazia;
8. Seringa de 10 mL preenchida por SF 0,9%

# MEDICAMENTOS

## ADMINISTRAÇÃO IM

Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado

Idade/Músculo	Deltóide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 mL
Neonatos	-	-	-	0,5 mL
Lactentes	-	-	-	1,0 mL
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 mL	1,0 mL	1,5 mL
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 mL	1,5-2,0 mL	1,5-2,0 mL	1,5 mL
Adolescentes	1,0 mL	2,0-2,5 mL	2,0-2,5 mL	1,5-2,0 mL

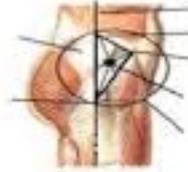
Figura 01- Regiões de Aplicação de Injeção Intramuscular.



Região Deltóide  
Músculo Deltóide



Face Antero Lateral da Coxa  
Músculo Vasto Lateral da Coxa

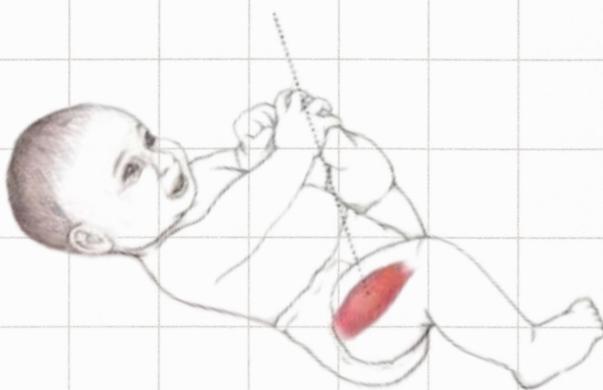


Ventroglútea  
Músculos glúteo mediano e mínimo



Região Dorso glútea  
Músculo Glúteo Máximo

Fonte: Google imagens/várias (Adaptado).



Trocânter Maior

Vasto lateral

Patela

# MEDICAMENTOS

## ADMINISTRAÇÃO EM BURETA

**Injetor auto cicatrizante: Finalidade de administrar a dose necessária do medicamento para a diluição do mesmo dentro da bureta**

**Alça de sustentação em PVC Flexível**

**Pinça clamp 'corta-fluxo'**

**Câmara graduada (bureta)  
Escala de 10 em 10 mL**

**Flutuador, que contabiliza a dose total dentro da bureta**

**Ponta perfurante para infusão de medicamento à bureta**

**Câmara de gotejamento flexível de microgotejador**



**Aponte a camera!**

# MEDICAMENTOS ADMINISTRAÇÃO EM BIC



Bomba de seringa



Bomba de infusão  
contínua



Bomba de dieta



# MEDICAMENTOS

## EXEMPLOS DE DILUIÇÃO DE MEDICAÇÃO

### Trato alimentar e metabolismo

#### Ondansetrona (Zofran)

Apresentação: Ampolas de 2 mL (2mg/mL)

Indicação: Controle de náusea e vômitos;

Reações adversas: Cefaleia; Prolongamento do intervalo QT;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Usar imediatamente após abertura da ampola, descartando-se as sobras;



#### Metoclopramida

Apresentação: Ampolas de 2 mL (5mg/mL)

Indicação: Prevenção e tratamento de náuseas, vômitos, gastroparesia e doença do refluxo esofágico;

Contraindicação: Pacientes com crises convulsivas ou epilepsia;

Reações adversas: Sonolência, depressão do SNC, astenia, confusão mental, agitação, insônia entre outros;

Diluição: SF 0,9% , SG 5% ou Ringer Lactato; Para doses até 10mg (1 ampola), via IV ou IM, não é necessário diluir e deve ser administrado lentamente (no mínimo 2 minutos). Doses superiores a 10mg devem ser administradas por infusão intravenosa intermitente, diluindo o volume das ampolas em 50ml de soro fisiológico 0,9% ou solução compatível e administrar lentamente (mínimo 15 minutos).

Estabilidade: Usar imediatamente após abertura da ampola, descartando-se as sobras; Após a diluição, a solução é estável por até 48H em temperatura ambiente e protegida da luz.



## Insulina

Tipos: Insulina NPH; Insulina Regular; Insulina Análoga de ação rápida e Insulina Análoga de ação prolongada.

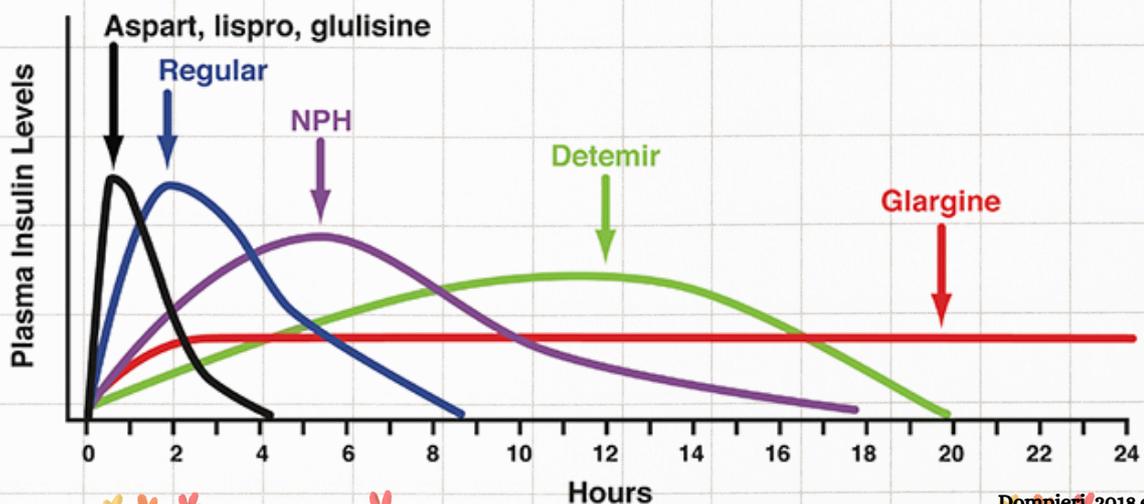
Apresentação: Frasco com 10ml ou caneta (100UI/ml)

Indicação: Hiperglicemia (DM1, em alguns casos DM2), Catabolismo intenso, Poliúria.

Reações adversas: Hipoglicemia, aumento de peso, reações de hipersensibilidade, lipodistrofia.

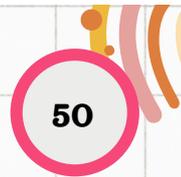
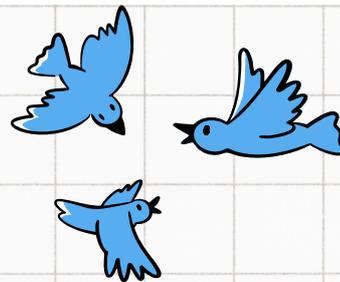
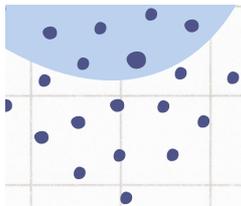
Armazenamento: Insulina lacrada conservar entre 2° a 8°C, com validade impressa no frasco (normalmente 2 a 3 anos). Insulina aberta pode ser conservada em geladeira ou temperatura ambiente não podendo ultrapassar os 30°C, e sua validade consta em aproximadamente 30 dias.

**Atenção:** a insulina nunca pode ser conservada na porta da geladeira, nas gavetas de legumes e/ou queijos, no congelador ou próximo a ele, independente de aberta ou fechada ela nunca deve ficar abaixo dos 2°C.



### Insulinas Basais

Tipo	Nome científico (nome comercial)	Início de ação	Duração de ação	Pico de ação	Nº de doses diárias
Insulina Humana de ação intermediária	Insulina NPH (Humulin N®/ Novolin N®)	2 a 4h	10 a 18h	4 a 10h	2 a 3
Insulina Humana de ação intermediária	Glargina U100* (Basaglar®/Lantus ®)	2 a 4h	20 a 24h	-	1 dose
Insulina Humana de ação intermediária	Detemir (Levemir®)	1 a 3h	18 a 22h	6 a 8h	1 a 2
Insulina análoga de ação ultralonga	Glargina U300* (Toujeo®)	6h	36h	-	1 dose
Insulina análoga de ação ultralonga	Degludeca (Tresiba®)	<4h	42h	-	1 dose



### Insulinas Bolus

Tipo	Nome científico (nome comercial)	Início de ação	Duração de ação	Pico de ação
Insulina Humana de ação rápida	Insulina regular	30 a 60min	5 a 8h	2 a 3h
Insulina Humana de ação intermediária	Asparte (Novorapid®)	5 a 15min	3 a 5h	0,5 a 2h
Insulina Humana de ação intermediária	Lispro (Humalog®)	5 a 15min	3 a 5h	0,5 a 2h
Insulina Humana de ação intermediária	Glulisina (Apidra®)	5 a 15min	3 a 5h	0,5 a 2h
Insulina Humana de ação intermediária	Fast asparte (FIASP®)	2,5min	5h	1 a 3h
Insulina Humana de ação intermediária	Insulina humana regular inalada (Afrezza®)*	Imediato	1 a 2h	10 a 20min



## Sistema Cardiovascular

### Furosemida (Lasix)

Apresentação: Ampolas de 2 mL (10mg/mL)

Indicação: Tratamento de edema, crises hipertensivas, indução de diurese forçada;

Reações adversas: Hipotensão, hponatremia, hipocloremia, hipopotassemia, hipovolemia entre outros;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Interação medicamentosa: não é recomendado o uso concomitante com hidrato de cloral ou clofibrato. Pode aumentar as concentrações plasmáticas e a toxicidade do carbonato de lítio, da gentamicina e da tobramicina.

Estabilidade: após diluição com soro fisiológico 0,9% ou solução de Ringer, a solução é estável até 24 horas, em temperatura ambiente ou sob refrigeração e protegida luz.



## Anti-infecciosos de uso sistêmico

### Ampicilina sódica (Penicilina)

Apresentação: Pó para solução injetável ( 500 mg ou 1g ) + diluente;

Indicação: Tratamento de infecções causadas por bactérias sensíveis à ampicilina nos rins, trato urinário, sistema respiratório e digestório.

Reações adversas: Reações de hipersensibilidade e anafilaxia; Cefaleia; "rash", dispneia e alterações hepáticas;

Vias de administração: IM ou EV;

Administração:

- IM: Via intramuscular profunda;
- EV direta: Lentamente (10 a 15 minutos); Se em tempo inferior pode levar à convulsões;
- EV contínua: Solução previamente diluída, deve ser rediluída em SF 0,9% e administrada lentamente;

Estabilidade: a solução diluída é estável por até 4h, em temperatura ambiente (15° C a 30°C) e protegida da luz.



## Anti-infecciosos de uso sistêmico

### Benzilpenicilina potássica (Penicilina G Cristalina)

Apresentação: Pó para solução injetável ( 5.000.000 UI)

Indicação: Tratamento de infecções causadas por bactérias sensíveis à penicilina (meningite bact.; difteria, tétano, sífilis congênita, pericardite entre outros);

Reações adversas: Reações de hipersensibilidade e anafilaxia;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

- IM: injetar lentamente no quadrante superior lateral do glúteo ou na face lateral da coxa, alterando o local se for necessário repetir a dose;
- EV: infundir lentamente durante **30 a 60 minutos**.

Estabilidade: Uso imediato;



### Oxacilina Sódica



Apresentação: Pó para solução injetável ( 500 mg)

Indicação: Tratamento de infecções, especialmente estafilococos;

Reações adversas: Reações de hipersensibilidade e anafilaxia;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

- IM: Preferencialmente no glúteo;
- EV: lenta.

## Anti-infecciosos de uso sistêmico

### Ceftriaxona sódica

**Apresentação:** Pó para solução injetável ( 500 mg)

**Indicação:** Tratamento de infecções, infecções em pacientes imunocomprometidos e na profilaxia pré-operatória;

**Reações adversas:** Reações de hipersensibilidade e anafilaxia; "rash", nefrotoxicidade e anemia hemolítica;

**Vias de administração:** IM ou EV;

**Diluição:** SF 0,9% ou SG 5%;

- **IM:** para injeção intramuscular, dissolver ceftriaxona sódica 500mg em 2mL da solução de lidocaína a 1%;
- **EV:** infundir lentamente.

**Estabilidade:** em temperatura ambiente por 6 horas. Ou, sob refrigeração por 24 horas.



### Cefepima



**Apresentação:** Pó para solução injetável ( 1g ou 2g)

**Indicação:** PNM, Sepse, meningite bacteriana, ITU;

**Contraindicação:** Crianças menores de 2 anos;

**Reações adversas:** Reações de hipersensibilidade e anafilaxia, Erupções na pele e diarreia;

**Vias de administração:** IM ou EV;

**Diluição:** SF 0,9% ou SG 5%;

**Estabilidade:** Usar imediatamente após a diluição;

## Sistema Nervoso Central

### Diazepam

Apresentação: Ampolas de 2 mL ( 5mg/ mL)

Indicação: Sedação, ansiedade aguda, crises convulsivas;

Reações adversas: Dependência, cansaço, confusão mental, hipersalivação, xerostomia, hipotensão entre outros;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Uso imediato.



### Fenobarbital

Apresentação: Ampolas de 2 mL ( 100mg/ mL)

Indicação: Crises convulsivas e estado de mal epilético;

Reações adversas: alucinações, bradicardia, hipotensão entre outros;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Uso imediato.

### Midazolam

Apresentação: Ampolas de 1mg/mL ou 5mg/mL

Indicação: Sedação;

Reações adversas: depressão respiratória, bradicardia, hipotensão entre outros;

Vias de administração: EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Após diluído estável por 24h em temperatura ambiente.



## Sistema Nervoso Central

### Dipirona monoidratada

Apresentação: Ampolas de 2 mL ou 5mL ( 500mg/ mL)

Indicação: analgésico e antitérmico;

Reações adversas: Hipotensão, hepatite medicamentosa entre outros;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Uso imediato.



### Precedex (Cloridrato de dexmedetomidina)



Apresentação: Ampolas de 2 mL (100 mcg/mL)

Indicação: Sedação;

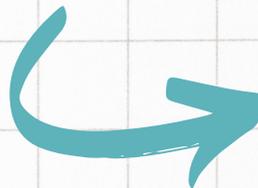
Reações adversas: Hipotensão, bradicardia e parada sinusal;

Vias de administração: IM ou EV;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5%;

Estabilidade: Uso imediato.

**Aprofunde seus conhecimentos!**



Aponte sua câmera

## Preparações hormonais

### Succinato sódico de hidrocortisona

Apresentação: Pó para solução injetável (100 mg ou 500 mg)

Indicação: Insuficiência renal, doenças autoimunes ou reumáticas, enxaqueca entre outros;

Reações adversas: Síndrome de Cushing (após uso prolongado), hipertensão, retenção hídrica entre outros.

Interação medicamentosa: Fenobarbital, fenitoína, cetoconazol entre outros.

Vias de administração: IM ou EV;

- Bolus: 30 segundos
- Infusão: 20-30 minutos

Diluição: SF 0,9% , SG 5% ou Ringer Lactato;

Estabilidade: Solução estável por 24h em temperatura ambiente.



### Dexametasona

Apresentação: Ampolas de 2,5 ml(4 mg/mL)

Indicação: Anafilaxia, alergias, asma entre outros.

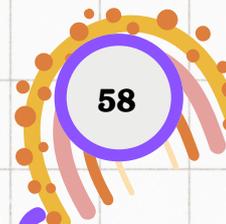
Reações adversas: Síndrome de Cushing (após uso prolongado), aumento da glicemia, retenção hídrica entre outros.

Vias de administração: IM, EV, intra-articular e intralesional nos tecidos moles;

Diluição: SF 0,9% ou SG 5% ;

Estabilidade: uso imediato;

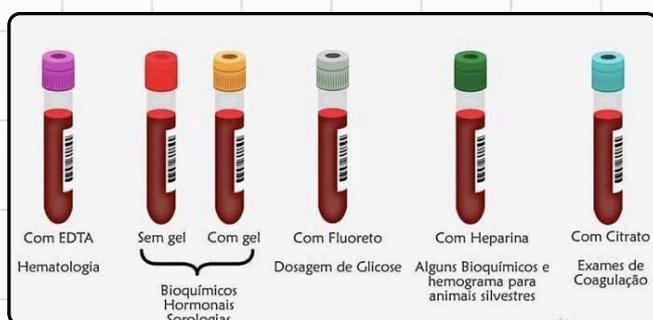




# EXAMES LABORATORIAIS

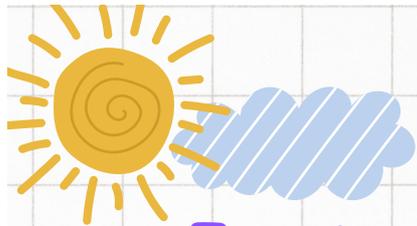
## COLETA DE SANGUE VENOSO

- 1º Identifique os tubos para coleta de amostra



- 2º Verifique se as etiquetas com os dados do paciente estão corretos;
  - Nome;
  - Data de nascimento;
  - Nome do responsável;
- 3º Escolha o melhor método para coleta, a depender da quantidade necessária, podendo ser com agulha e seringa descartável ou scalp próprio, pelo sistema a vácuo e/ou por um cateter central (se a criança estiver hospitalizada e possuir um acesso apropriado para realizar a coleta);





# EXAMES LABORATORIAIS

## GASOMETRIA

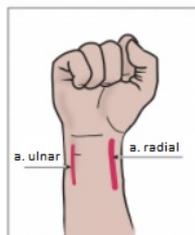
- A gasometria pode ser arterial ou venosa;
- Os locais de gasometria arterial podem ser radial, braquial ou femural;
- A gasometria venosa é preferencialmente (não é via de regra) realizada na veia radial;
- A escolha de local de coleta vai depender das particularidades de cada paciente, considerando facilidade de acesso e o tecido que rodeia o local;
- O material utilizado para coleta na pediatria preferencialmente é o scalp, porém cada ambiente hospitalar tem seus protocolos;

### Cuidados antes da coleta:

- **Teste de Allen** - Para verificar a potência das artérias **radial** e **ulnar**; Verificar o fluxo sanguíneo arterial para a mão.
- **Teste de Allen Positivo** - Se a mão fica vermelha dentro de 5 a 15 segundos, isso indica que a artéria tem bom fluxo sanguíneo.

### Teste de Allen Modificado

Teste utilizado para acessar a integridade da circulação radial e ulnar



Localize as artérias radial e ulnar. Peça ao paciente para fechar a mão por 30 segundos.



Para obstruir o fluxo sanguíneo, pressione os locais das artérias com dois dedos cada, simultaneamente.



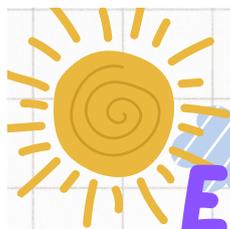
Peça ao paciente para abrir a mão; a palma deve estar pálida. Se não estiver, você não está aplicando pressão suficiente - comece novamente.



### Cuidados após a coleta:

- Curativo oclusivo;
- Pressionar o local puncionado até o término do sangramento;
- Sinalizar na evolução de enfermagem o local em que foi realizada a punção, número de tentativas e tamanho do Scalp/Agulha utilizada;

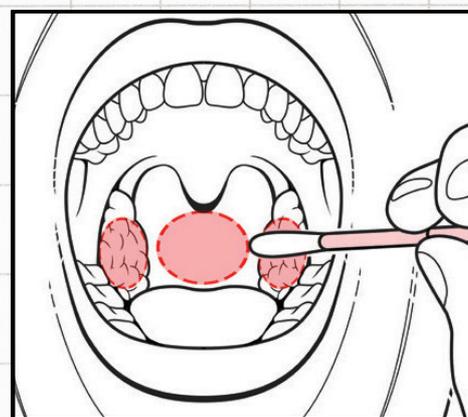
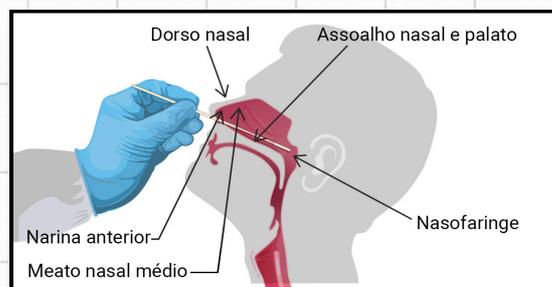




# EXAMES LABORATORIAIS

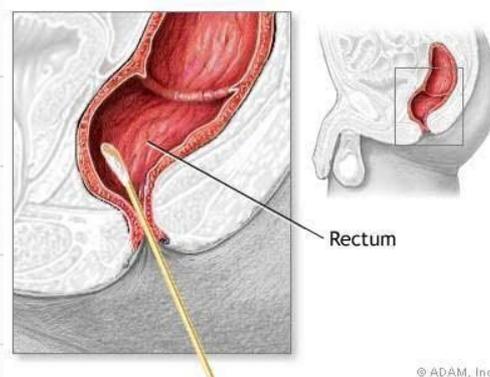
## SWAB NASAL E ORAL

- A coleta possibilita obter amostras do trato respiratório superior;
- Deve-se umedecer com duas gotas de SF 0,9% o swab e inserir com rotação suave em uma narina, **paralelamente ao palato e assoalho nasal** até encontrar uma resistência que corresponde à parede posterior da **nasofaringe, rotacionar 3 vezes**;
- Em crianças deve-se utilizar swab com ponta em material sintético (flocado ou poliéster), flexível e com diâmetro não ultrapassando 3mm;
- Na pediatria também é possível realizar coleta de um swab em narina anterior e um em região orofaríngea;
- Prioriza-se coletas orofaríngeas a nasofaríngeas.



## SWAB RETAL

- Utilizado para controle de microorganismos resistentes;
- Realizar a coleta em ambiente reservado;
- Explicar o procedimento e, se necessário fazer uso do “abraço terapêutico” durante a coleta;
- Umedecer o swab com duas ou três gotas de água destilada;
- Higienizar as mãos, calçar as luvas, lateralizar o paciente e introduzir de 1 a 2 cm do swab na via real e girar duas ou três vezes;



© ADAM, Inc.





# EXAMES LABORATORIAIS

## URINA

### Coleta por Jato médio

Deve ser feita antes do uso de antimicrobianos e sem que possível é recomendável a **primeira** urina da **manhã**.

Passo a passo:

- Realizar uma boa higiene íntima
  - Menino - Retrair o prepúcio e realizar higiene conforme protocolo institucional;
  - Menina - Afastar os grandes lábios e realizar a higiene da região genital conforme protocolo institucional;
- Colocar o frasco coletor maior próximo ao canal uretral;
- Colocar a urina nos frascos;



### Coleta por saco coletor

Passo a passo:

- Realizar uma boa higiene íntima (remover cremes e pomadas);
- Colocar o saco coletor de forma que a abertura fique próxima ao canal uretral;
- Deixar o coletor por 30 minutos;
- Se após 30 min a criança não houver urinado, repita o processo com um novo saco coletor;



### Coleta por sonda vesical de alívio

**Material necessário:**

1. Par de luvas estéril;
2. Lidocaína geléia;
3. Clorexidina aquosa;
4. Kit sonda vesical;
5. Sonda vesical de tamanho adequado;
6. Seringa de 20 mL luer slip;
7. Frasco coletor;

**Passo a passo:**

1. Identificar-se;
2. Conferir nome e o leito do paciente;
3. Orientar acompanhante quanto ao procedimento;
4. Deixar material separado em superfície plana;
5. Colocar paciente em decúbito dorsal;
6. Realizar higiene íntima, abrir os materiais e iniciar o procedimento;



# SONDAS E DRENOS

## Dreno de penrose (aberto)



Trata-se de um dreno de borracha, tipo látex que canaliza sangue, linfa e outros fluídos que podem se acumular em uma F.O.

Sistema de drenagem aberto;

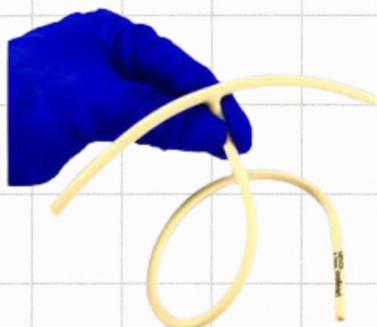
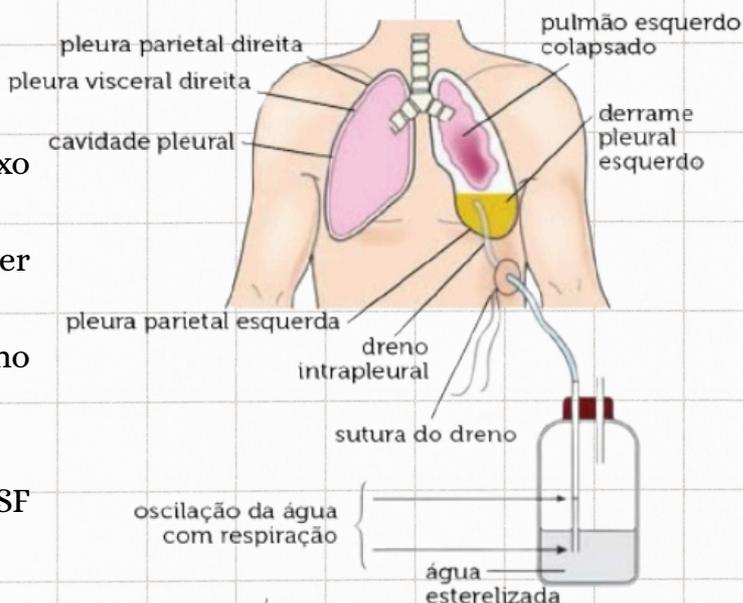
Sistema de drenagem passivo;

## Dreno de Tórax

Trata-se de um tubo inserido no tórax para drenagem de gases ou secreções.

### Cuidados de enfermagem:

- Manter o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax;
- Clampear o dreno quando estiver acima do nível do tórax;
- Manter o sistema de drenagem no nível vertical;
- Troca de curativo **oclusivo** é diária;
- Limpeza ao redor do dreno com SF 0,9%;
- Atentar para o selo d'água;
- Troca de acordo com rotina;



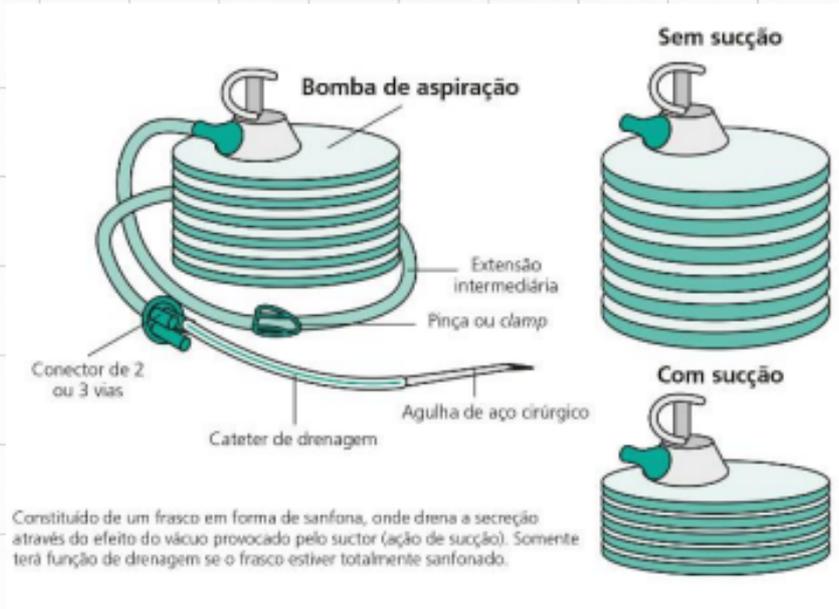
## Dreno de Kehr (Dreno T de Kehr)

Utilizado no pós-operatório de cirurgias abdominais, é introduzido nas vias biliares extra-hepáticas para facilitar a drenagem de bile;



# SONDAS E DRENOS

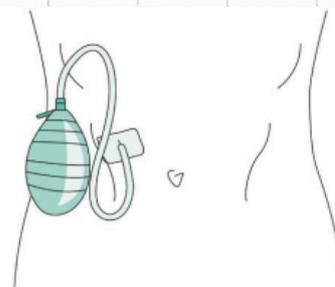
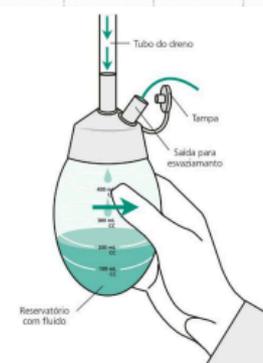
## Dreno de sucção sanfonado (Porto-vac)



Trata-se de um dreno de borracha, tipo látex que canaliza sangue, linfa e outros fluidos que podem se acumular em uma F.O.  
Sistema de drenagem ativo;  
Pode obstruir facilmente;  
Quando a drenagem diminui o volume, o dreno pode ser retirado de uma única vez, após 24h ou 72h.

## Dreno Jackson-Pratt

Sistema de drenagem ativo;  
Associa a capilaridade de um dreno laminar com a pressão de um dreno de sucção;



Fonte: BARROS; LOPES; MORAIS, 2019.



FIGURA: Instrumento de drenagem de Jackson-Pratt.  
A: Tubo de drenagem e reservatório.  
B: Esvaziamento do reservatório de drenagem.



# SONDAS E DRENOS

## Sonda vesical de demora



Trata-se de um procedimento **rigorosamente asséptico** (sem nenhuma contaminação) consiste na introdução de um cateter por meio da uretra até a bexiga com a finalidade de drenar a urina.

**Indicações:** Retenção urinária; Obstrução de trato urinário; Necessidade de balanço hídrico rigoroso em paciente críticos; indicações cirúrgicas; imobilização prolongada;

Resolução COREN ° 450/2013 - Normatiza o procedimento de SVD.

### **Desobstrução de SVD:**

Conecte uma seringa de 60mL na conexão em “Y” e aspire o conteúdo;  
Caso seja necessário realize a lavagem da sonda com SF 0,9%.

### **Material necessário**

- Luva estéril de tamanho adequado;
- Seringa de 20 mL luer slip;
- 3 Gaze estéreis;
- Lidocaína geléia;
- Água destilada 10 mL;
- Sonda vesical com tamanho adequado à uretra do paciente.
- Kit cateterismo;
- Bolsa coletora estéril;
- Caneta piloto (para anotar na bolsa coletora);
- Fixador de SVD ou Hipafyx + esparadrapo;
- Clorexidina aquosa;



# SONDAS E DRENOS

## Sonda entre fraldas

Utilizado no pós-operatório de correção de **hipospádia**, para cicatrização adequada da **uretra**.

### O que é hipospádia?

A abertura por onde sai a urina (meato uretral) não está localizada na ponta do pênis.

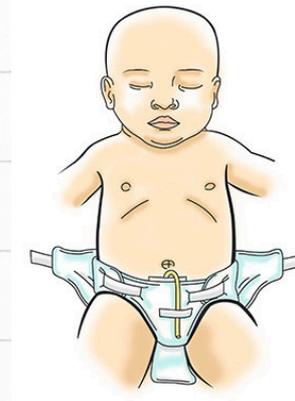
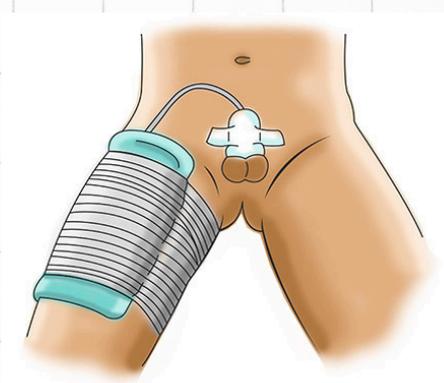
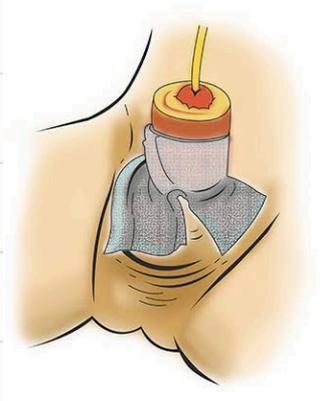
Importância da correção: Além do fator estético, o paciente poderá enfrentar alguma dificuldade para realizar micção em pé ou, pode afetar a vida sexual.



Nos bebês a sonda ficará **aberta** entre duas fraldas.

Nas crianças maiores, que já saíram das fraldas, ela ficará **aberta** em um **tipo de saco coletor**, também feito com fralda e preso na perna do paciente.

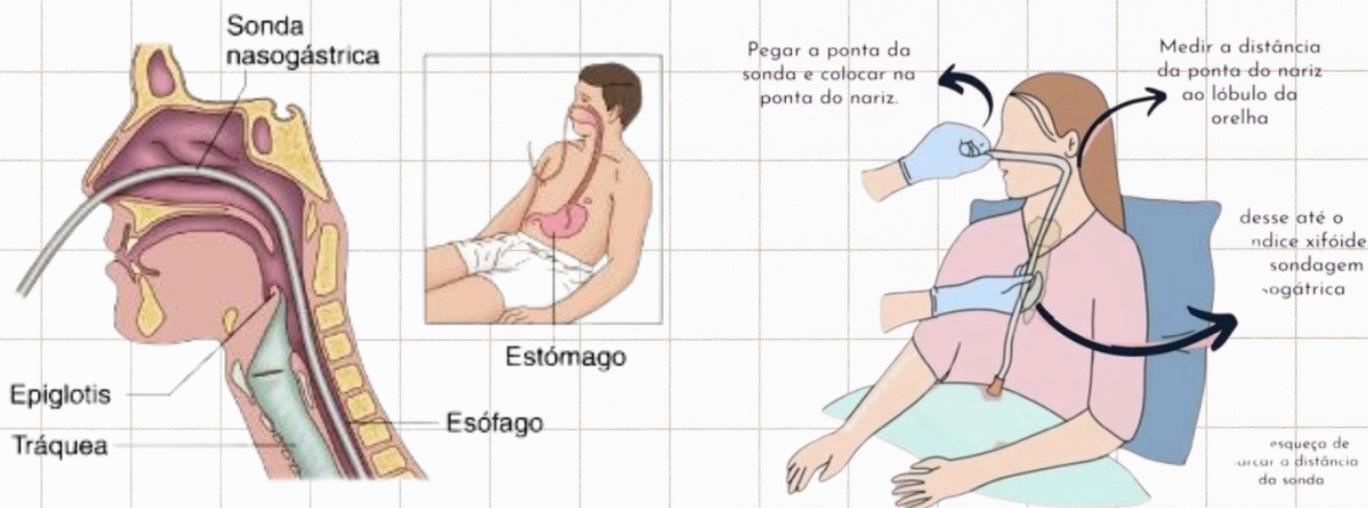
O paciente ficará com a sonda por cerca de 7 dias.





# SONDAS E DRENOS

## Sonda nasogástrica (SNG) ou Orogástrica (SOG) - (ler no livro Wong)



Consiste na introdução de um tubo fino e flexível desde o nariz até o estômago.

**Indicações:** Pessoas com dificuldade para deglutir (desnutrição); Doença inflamatória intestinal; Câncer de cabeça e pescoço; Ventilação mecânica ou coma; Lavagem gástrica nos casos de intoxicação exógena.

**Como medir tanto a sonda orogástrica quanto nasogástrica:** Ponta da sonda no lóbulo da orelha; Do lóbulo da orelha à ponta do nariz.; Da ponta do nariz até o canto da boca e do canto da boca até o final do apêndice xifoide; Marcar com caneta piloto+ esparadrapo;

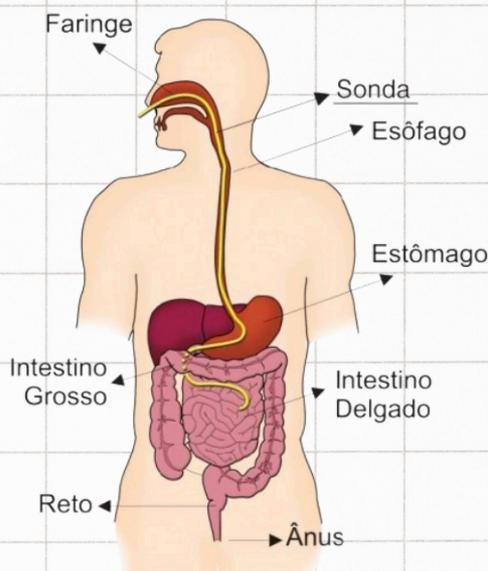
### Material necessário

- Luva de procedimento do tamanho adequado;
- Seringa de 20 mL luer slip;
- Gaze não estéril;
- Lidocaína geléia;
- Sonda nasogástrica de tamanho adequado;
- Caneta piloto;
- Esparadrapo;
- Fita hipoalérgica para fixação.
- Estetoscópio;



# SONDAS E DRENOS

## Sonda nasoenteral (SNE)



Consiste na introdução de um tubo fino e flexível desde o nariz até o intestino.

**Indicações:** Pessoas com dificuldade para deglutir (desnutrição); Doença inflamatória intestinal; Câncer de cabeça e pescoço; Ventilação mecânica ou coma; Lavagem gástrica nos casos de intoxicação exógena.

**Como medir tanto a sonda orogástrica quanto nasogástrica:** Ponta da sonda no lóbulo da orelha; Do lóbulo da orelha à ponta do nariz.; Da ponta do nariz até o canto da boca e do canto da boca até o intestino; Marcar com caneta piloto + esparadrapo;

**Confirmação do posicionamento:** Após exame de raio-x;

### Material necessário

- Luva de procedimento do tamanho adequado;
- Seringa de 20 mL luer slip;
- Gaze não estéril;
- Lidocaína geléia;
- Sonda nasogástrica de tamanho adequado;
- Caneta piloto;
- Esparadrapo;
- Fita hipoalérgica para fixação.
- Estetoscópio;

# CUIDADOS COM A PELE DA CRIANÇA

Banho no recém-nascido - colocar as demais faixas etárias

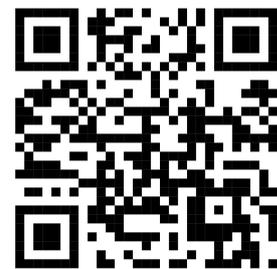


## Cuidados de enfermagem:

- Temperatura da água entre 36,5 até máximo de 37,5°;
- Mão e antebraço apoiando a cabeça;
- Enrolar o bebê em uma toalha ou fralda;
- Lavar a cabeça por último (perdem temperatura);
- Imersão em água morna até o pescoço, sem corrente de ar;
- Contenção do padrão flexor com enrolamento do tipo “charuto”;

## Material necessário

- Luva de procedimento;
- Termometro;
- Toalha;
- Cueiro;
- Sabonete hipoalergênico;



Aponte sua câmera

# CUIDADOS COM A PELE DA CRIANÇA

## Dermatite Atópica (DA)



DA é uma doença crônica e inflamatória da pele, mais comum em bebês e crianças entre os 3 meses e os 2 anos de vida.

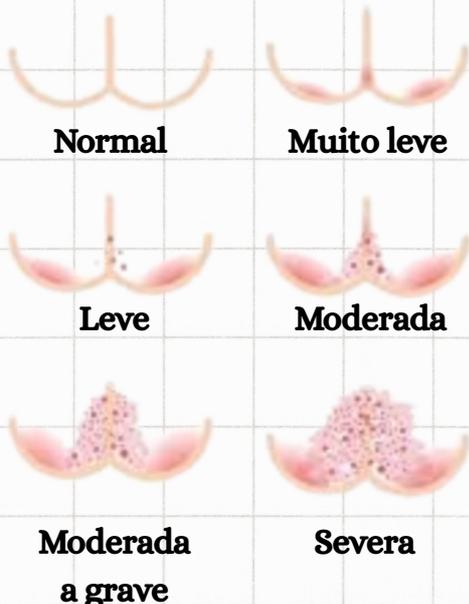
SBD estima que a DA afeta 15% a 25% das crianças no Brasil.

**Sinais e sintomas:** Vermelhidão, ressecamento, coceira e feridas na pele;

**Tratamento:** Visa aliviar os sintomas, prevenir complicações e proporcionar conforto e qualidade de vida;

**Cuidados de enfermagem:** Manter a pele hidratada com cremes para peles sensíveis e secas; Banho em água morna por no máximo 10 minutos;

## “Assadura”



Geralmente está associada a fraldas molhadas ou trocadas com pouca frequência, episódios de diarreia, alergia a algum medicamento ou alimento;

**Sinais e sintomas:** Irritação avermelhada nas nádegas;

**Cuidados de enfermagem:**  
Aplicar creme barreira 2x/dia;  
Realizar troca frequente de fraldas;

# LESÕES DE PELE

## MARSI



**MARSI** - Lesão de pele associada a adesivos médicos (*Medical adhesive-related skin injuries*)

**Sinais e sintomas:** Qualquer dano caracterizado por alteração na integridade da pele, incluindo eritema, laceração, erosão, bolha, vesícula e outros, que persiste por 30 minutos ou mais após a remoção de um produto adesivo;

## Lesões por fricção (Skin tear)

LFs são feridas traumáticas, causadas por uma força mecânica (cisalhamento, trauma contuso, queda, lesão por equipamentos ou remoção de curativos aderentes;



**Mais comum em pacientes idosos devido à fragilidade cutânea;**

## Dermatite associada a incontinência (DAI)

DAI é um tipo de dermatite associada à exposição prolongada da pele a : urina, fezes, exsudato ou suor.

**Características:** Eritema e edema da superfície, podendo ser acompanhada de erosão, flictenas com exsudato ou infecção secundária;

Dermatite irritativa de contato



Candidíase das fraldas



Dermatite seborreica



Psoríase



# CUIDADOS COM A PELE DA CRIANÇA

## Lesão por pressão (LP)

### Estadiamento Lesão por Pressão



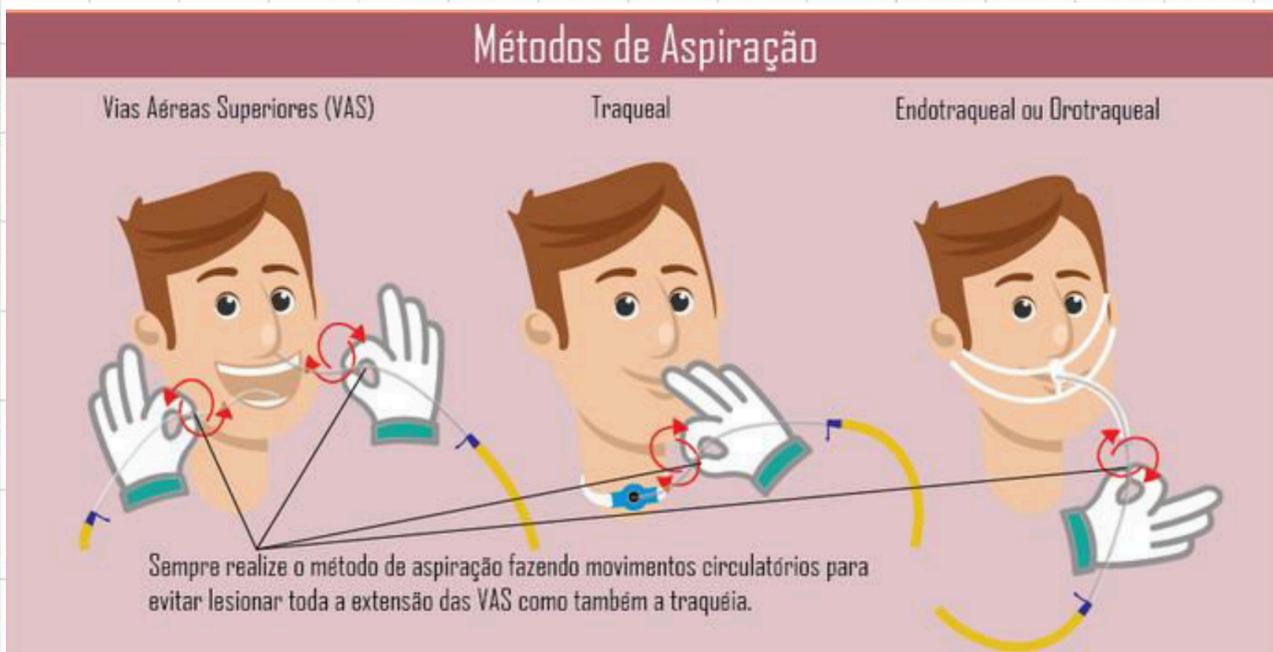
### Cuidados de enfermagem:

- Realizar curativo especial conforme orientação de enfermeiro estomaterapeuta.
- Realizar reposicionamento no leito;
- Aliviar áreas de pressão;
- NÃO usar luva com água em proeminência ósseas, pois aumenta a pressão na região;
- Manter calcâneos elevados;



# ASPIRAÇÃO

## Aspiração de VAS, TQT e CET



### Material necessário VAS (Vias aéreas superiores)

- Luva de EVA estéril;
- Sonda de aspiração de calibre adequado;
- SF 0,9% 10 mL;
- Sistema de aspiração a vacuo;
- Máscara;
- Seringa de 1mL;



Aponte sua câmera

### Material necessário TQT

- Luva de EVA estéril;
- Sonda de aspiração de calibre adequado;
- SF 0,9% 10 mL;
- Sistema de aspiração a vacuo;
- Máscara;
- Seringa de 1mL;

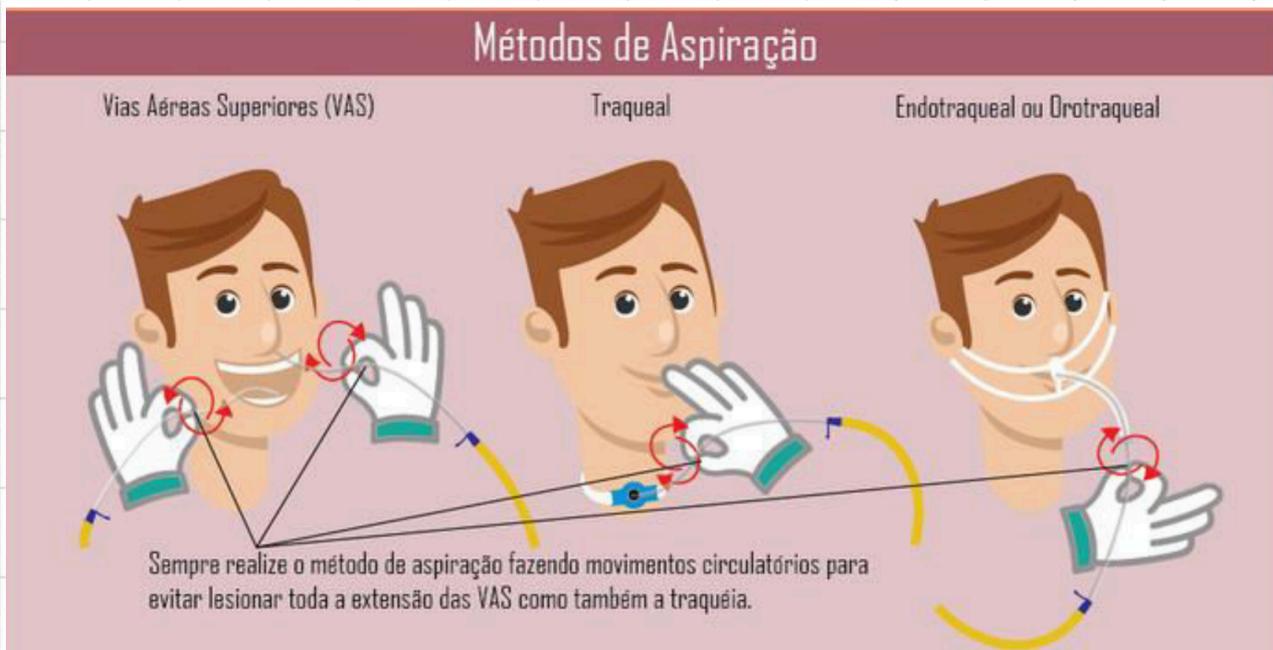
### Sequência aspiração TQT e CET

1. TQT ou CET
2. Narinas
3. Boca



# ASPIRAÇÃO

## Coleta de aspirado traqueal (Bronquinho)



**Conectar latex de aspiração**

**Conectar sonda de aspiração**

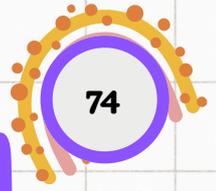
**Colocar data  
Nome do paciente  
Nome do profissional  
coletou**



### Material necessário

- Luva de EVA estéril;
- Sonda de aspiração de calibre adequado;
- SF 0,9% 10 mL;
- Sistema de aspiração a vacuo;
- Máscara;

**Procedimento asséptico!**



# ESCALAS EM PEDIATRIA

## DINI (Dimensionamento em enfermagem)

**Resolução nº543/2017** - Estabelece e esclarece sobre o dimensionamento da equipe;

A escala DINI abrange **onze áreas** do cuidado: Atividade, intervalo de aferição de controles, oxigenação, terapêutica medicamentosa, integridade cutâneo mucosa; Alimentação e hidratação; Eliminações, higiene corporal; mobilidade e deambulação. participação de acompanhante e rede de apoio e suporte;

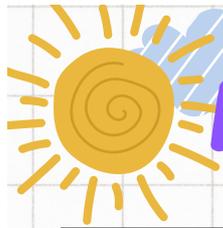
**Cuidados mínimos (11-17):** Idade maior ou igual a 12 anos; Desenvolvimento adequado para idade; Estável clinicamente; Realiza todas as ações de auto-cuidados sob supervisão da enfermagem.

**Cuidados intermediários (18-23):** A partir de 7 anos; Desenvolvimento adequado para idade; Estável clinicamente; Necessita de auxílio da enfermagem para o auto-cuidado e/ou apoio para enfrentamento da doença/hospitalização;

**Cuidados de alta-dependência (24-30):** Paciente pediátrico (qualquer idade), estável clinicamente, depende da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas, física, emocionais e sociais;

**Cuidados semi-intesivos (31-36):** Paciente pediátrico (Qualquer idade), instável, sem risco iminente de morte, necessita da assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

**Cuidados intensivo (37-44):** Paciente pediátrico (qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;



## DINI

### Domínio : Família

**Participação do acompanhante:** Atitude e desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender às necessidades do paciente pediátrico.

- 1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las;
- 2- Acompanhante demonstra disponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico;
- 3 - Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento.
- 4 - Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade.

**Rede de apoio e suporte familiar:** Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.

- 1 - Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo;
- 2 - Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia;
- 3 - Presença de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia;
- 4 - Ausência de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente.

### Domínio: Paciente

**Atividade:** Possibilidade de interagir com familiares, profissionais, ou pacientes e de realizar atividades compatíveis com o desenvolvimento esperado para a idade.

- 1 - Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos e atividades compatíveis com a faixa etária como: brincadeira, jogos, acompanhamento do currículo escolar ou leitura;
- 2 - Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos, com limitação para a realização de atividades compatíveis com a faixa etária, como: jogos, brincadeiras, acompanhamento do currículo escolar ou leitura;
- 3- Desinteresse a estímulos por dor, tristeza, raiva, agitação psicomotora ou apatia; dificuldades de linguagem; deficiência visual ou déficit no desenvolvimento;
- 4 - Paralisia cerebral severa ou coma vígil ou inconsciente ou totalmente sedado;

**Oxigenação:** Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade das vias aéreas, ventilação ou oxigenação normais.

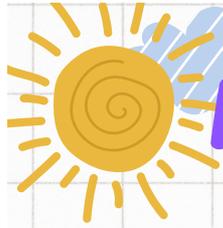
- 1 - Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou desobstrução de vias aéreas;
- 2 - Respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro;
- 3 - Respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreção e/ou necessidade de oxigenoterapia;
- 4 - Ventilação mecânica (Não invasiva ou invasiva)

**Mobilidade e deambulação:** Possibilidade do paciente pediátrico mobilizar segmentos corporais e deambular com segurança.

- 1- Deambulação sem auxílio;
- 2 - Repouso no leito e mobiliza-se sem auxílio;
- 3 - Repouso no leito e mobiliza-se com auxílio OU Deambula com supervisão direta;
- 4 - Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito;

**Alimentação e hidratação:** Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou infusão enteral ou parenteral.

- 1- Via oral de forma independente ou amamentação eficaz;
- 2 - Via oral com auxílio e paciente colaborativo;
- 3 - Sondas (Gástrica, enteral ou gastrostomia) ou via oral com paciente não colaborativo ou com risco de aspiração ou amamentação ineficaz;
- 4 - Nutrição/hidratação parenteral;



## (continuação) DINI

### Domínio: Paciente

**Eliminações:** Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.

- 1 - Vaso sanitário sem auxílio;
- 2 - Vaso sanitário com auxílio;
- 3 - Treino de esfínteres ou Fraldas OU Comadre/Urinol;
- 4 - Sonda vesical ou Estomas.

**Higiene e cuidado corporal:** Possibilidade do paciente pediátrico realizar sozinho, necessitar de auxílio, supervisão direta ou depender totalmente para a higiene oral, corporal e vestimenta.

- 1 - Banho de aspersão com auxílio;
- 2 - Banho de aspersão com auxílio parcial;
- 3 - Banho de imersão ou de aspersão em cadeira ou com auxílio total;
- 4 - Banho no leito ou na incubadora ou em berço aquecido;

### Domínio: Procedimentos terapêuticos

**Intervalo de aferição e controles:** Necessidade de observação e controle de dados, como sinais vitais, saturação de oxigênio, pressão venosa central, glicemia capilar, diálise peritoneal, balanço hídrico.

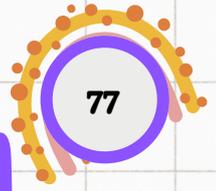
- 1 - 6/6 horas;
- 2 - 4/4 horas;
- 3 - 2/2 horas;
- 4 - Intervalo menor que 2 horas ou monitorização contínua;

**Terapêutica medicamentosa:** Necessidade da criança ou adolescente receber medicações;

- 1 - Não necessita de medicamentos;
- 2 - Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo;
- 3 - Medicamentos por via parenteral, enteral, inalatória OU por via tópica, ocular, oral com paciente não colaborativo;
- 4 - Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou indicação absoluta de uso de bomba de infusão;

**Integridade cutâneo mucosa:** Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.

- 1 - Pele íntegra em toda área corpórea;
- 2 - Necessidade de cuidado de BAIXA complexidade, como : hidratação cutâneo, tratamento de dermatites simples, renovação de fixação de cateter venoso periférico;
- 3 - Necessidade de cuidado de MÉDIA complexidade, como curativos em: feridas limitas à derme, inserções de drenos, traqueostomia, gastrostomia ou de cateter venoso central;
- 4 - Necessidade de cuidados de ALTA complexidade, como: debridamentos, dermatites disseminadas, queimaduras extensas, estomas complexos ou feridas com visualização de fásia muscular, tecido ósseo ou eviscerações.



# ESCALAS EM PEDIATRIA

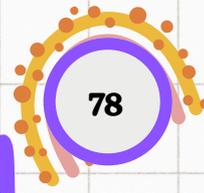
## DIVA (*Difficult Intravenous Access Score*)

A Escala DIVA (ingles - traduzido) é composta por variáveis preditivas para dificuldade de acesso venoso:

- Visibilidade (A visualização é diferente em peles claras e escuras);
- Palpabilidade;
- Idade;
- Prematuridade;
- Tonalidade da pele;

Escala DIVA		
Variável preditora	Variável	Pontuação
Visibilidade	Visível	0
	Não visível	2
Palpabilidade	Palpável	0
	Não palpável	2
Idade	Maior ou igual a 36 meses	0
	12-35 meses	1
	Menor que 12 meses	3
Prematuridade	Não prematuro	0
	Prematuro	3
Tonalidade da pele	Clara	0
	Escura	1

Cada variável possui uma pontuação, que deve ser somada e quantificada em sua totalidade ao final de sua aplicação e indivíduos com pontuação **quatro ou mais**, têm **50% a mais** probabilidade de insucesso de punção de AVP à **primeira tentativa**.



# ESCALAS EM PEDIATRIA

## Braden-Q

A escala de BRADEN-Q é aplicada a crianças com idades entre **21 dias e 18 anos**.

Escala Braden- Q - Lesão por Pressão em Pediátria				
Pontos	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Grau de atividade	Acamado	Restrito a cadeira	Deambula ocasionalmente (maior parte do tempo no leito ou cadeira)	Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou que deambulam frequentemente (pelo menos 2x/dia)
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema importante	Problema	Problema potencial	Nenhum problema
Perfusão tissular e oxigenação	Extremamente comprometida: hipotenso ou paciente não tolera mudanças	Comprometida: Apresenta saturação <95% ou hemoglobina < 10 mg/dL ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos.	Adequada: Normotenso. SpO2 < 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dL ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos.	Excelente: SpO2>95%, a hemoglobina dentro dos parâmetros e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.
<p><b>Risco muito alto: 6 a 9 pontos</b> <b>Risco alto: 10 a 12 pontos</b> <b>Risco moderado: 13 a 14 pontos</b> <b>Risco leve: 15 a 18 pontos</b> <b>Sem risco: 19 a 28 pontos</b></p>				



# ESCALAS EM PEDIATRIA

## NRAS (Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos)

É constituída por seis itens: Condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e umidade.

Escala de Observação de Risco de Lesão de Pele em Neonatos (NRAS)				
Condição Física Geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas	3. Idade Gestacional > 28 semanas, mas < 33 semanas	2. Idade gestacional > 33 semanas, mas < 38 semanas	1. Idade gestacional > 38 semanas
Estado Mental	4. Completamente limitado: Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da PA ou FC)	3. Muito limitada: Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da PA e FC)	2. Ligeiramente limitado: Letárgico/hipotônico	1. Nenhuma limitação: Disperto e ativo
Mobilidade	4. Completamente imóvel: Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação)	3. Muito limitado: Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente	2. Ligeiramente limitado: Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente	1. Nenhuma limitação: Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda.
Atividade	Completamente limitada à incubadora	3. Limitado à incubadora: Está confinado à incubadora, só saindo dela excepcionalmente	2. Ligeira limitada: Numa incubadora, mas pode ir ao colo	1. Nenhuma limitação: Em um berço aberto
Nutrição	Muito pobre: Jejum e/ou com líquidos intravenosa (NP ou Soroterapia)	3. Inadequada: Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida	2. Adequada: Alimenta por SG que permite satisfazer suas necessidades nutricionais	1. Excelente
Umidade	Constantemente úmida	3. Úmida	2. Ocasionalmente úmida	1. Raramente úmida
<p>Risco alto &lt; 13 pontos Risco moderado 13-17 pontos Risco baixo &gt; 17 pontos</p>				



## Escalas de Dor - 5º sinal vital

A **escala de dor (FLACC)** avalia padrões de face, pernas, atividade, choro e consolabilidade, sendo muito utilizada em **crianças e adolescentes**;

Escala de dor FLACC ( Face, Legs, Activity, Crying and Consolability)			
Categorias	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição "normal", movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro ( Acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

**Sem dor, confortável = 0**  
**Dor leve= 1 a 3**  
**Dor moderada = 4 a 6**  
**Dor intensa = 7 a 10**

A **escala de dor neonatal (NIPS)** avalia padrões de expressão facial, choro, respiração, padrão dos braços, padrão das pernas e estado de alerta, sendo utilizada em pacientes em UTIN;

Escala de dor NIPS (Neonatal Infant Pain Scale )			
Categorias	0	1	2
Expressão facial	Relaxada	Contraída	
Choro	Ausente	"Resmungos"	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente da basal	
Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	
Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	
Estado de alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	

**Dor quando a pontuação >= 4**



# ESCALAS EM PEDIATRIA

## Humpty-Dumpty

A escala de Humpty-Dumpty, analisa sete itens importantes para estabelecer um padrão de risco: Idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, reação à cirurgia, sedação e anestesia;

A queda é considerada um incidente multifatorial e por isso, a gestão do risco de queda deve ser abrangente e multifacetada.

A Prevenção de quedas em ambiente hospitalar é **uma das cinco metas de segurança do paciente.**

### Prevenção:

- Uso de berço e camas adequados para a idade;
- Avaliar o risco de queda sempre que houver mudanças no quadro clínico, transferência entre setores ou realização de procedimentos cirúrgicos;
- Orientação aos cuidadores;
- Coloque os objetos de uso pessoal próximos ao paciente;
- Deixe o ambiente sempre claro/iluminado. Mesmo durante o turno da noite (luz noturna)
- Nunca deixe o paciente sozinho no banheiro;
- Durante o banho, certificar que os itens necessários para a higiene estão próximos do paciente;
- Supervisão a criança com alto risco de queda;
- Se possível, identificar com pulseira paciente com risco de queda;
- Se possível, identificar com placa o paciente com auto risco de queda;





# ESCALAS EM PEDIATRIA

## Humpty-Dumpty

Escala de Humpty-Dumpty adaptada diatria)		Pontuação
Idade	Menos de 3 anos	4
	3 a 6 anos	3
	7 a 12 anos	2
	Acima de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações de oxigenação	3
	Transtornos psiquiátricos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda/bebê em cama	4
	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha/bebê em berço/ Quarto com muito equipamento/Quarto com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicações utilizadas	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: Sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Um dos medicamentos citados acima	2
	Outros medicamentos/Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas/Nenhum	1

Baixo Risco de queda: 7-11  
Alto risco de queda: 12 a 22

Rodrigues et al., 2023





# ESCALAS EM PEDIATRIA

## BPEWS (Brighton Pediatric Early Warning Score)

Ferramenta utilizada para identificar precocemente sinais de deterioração clínica em paciente pediátricos e, avalia três componentes: Neurológico, Cardiovascular e Respiratório, levando em consideração os valores dos sinais vitais esperados por cada faixa etária.

A escala deve ser usada de forma contínua, com reavaliações frequentes e **não substitui o julgamento clínico**, servindo como um suporte para tomada de decisões, salienta-se que pequenas alterações na pontuação ao longo da internação podem indicar deterioração clínica e **não devem ser ignoradas**.

Componente Neurológico			
Ativo (0)	Sonolento/hipoativo (1)	Irritado (2)	Letárgico/ obnubilado ou resposta reduzida à dor(3)
Componente Cardiovascular			
Corado ou TEC 3-2 segundos (0)	Pálido ou TEC de seg. ou FC acima do limite superior para a idade (1)	Moteado ou TEC 4 seg ou FC de 20 bpm acima do limite superior para a idade (2)	Acinzentado/ cianótico ou EC de 5 seg ou FC de 30 bpm acima do limite superior para a idade ou bradicardia para a idade (3)
Componente respiratório			
FR normal para a idade, sem retração (0)	FR acima do limite superior para a idade, uso de musculatura acessória ou FiO2 de 30% ou 4 L/min de O2 (1)	FR de 20 rpm acima do limite superior para a idade, retrações subcostais, intercostais ou fúrcula ou FiO2 de 40% ou 6 L/min de O2 (2)	FR menor ou igual a 5 rpm abaixo do limite inferior para a idade, retrações subcostais, intercostais, de fúrcula, de esterno e gemência ou FiO2 de 50% ou 8 L/min de O2 (3)
Adicionar 2 pontos extras se recebeu nebulização até há 15 minutos ou vômitos persistentes após cirurgia			
<p>0-1 ponto: Estado clínico estável - Continuar monitoramento de rotina</p> <p>2-3 pontos: Alteração moderada - Aumentar a frequência de monitoramento e considerar comunicação com equipe médica</p> <p>4-6 pontos: Alto Risco - Avaliação médica urgente e possível acionamento da equipe de resposta rápida (ERR)</p> <p>Maior ou igual a 7 pontos: Emergência clínica - Acionamento da ERR ou UTI/ Intervenções críticas podem ser necessárias.</p>			

# REFERÊNCIAS

ABRANTES, Camila. Drenos: aula atualizada. [S.l.]: Rômulo Passos, [s.d.]. Disponível em: [https://romulopassos.com.br/files/anexos\\_video/drenos-aula-atualizada.pdf](https://romulopassos.com.br/files/anexos_video/drenos-aula-atualizada.pdf). Acesso em: 18 abr. 2025.

ALVES, Daniel Nascimento; SILVA, Aline Cerqueira Santos Santana da; AMARANTES, Luiz Henrique. Cartilha para o uso correto dos principais medicamentos injetáveis em pediatria. Rio das Ostras, RJ: Universidade Federal Fluminense, 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/25791/Cartilha%20para%20o%20uso%20correto%20dos%20principais%20medicamentos%20injet%C3%A1veis%20em%20pediatria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 abr. 2025.

Aranha BF, Souza MA, Pedrose GER, Maia EBS, Melo LL. Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. **Rev Gaúcha Enfer.** 2023;41:e20180413. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RYPtbs99WLzJMsVcB6j4FKy/?lang=pt#:~:text=Brinquedo%20Terapêutico%20Instrucional%20-%20colabora%20na,efeitos%20negativos%20da%20hospitalação3>. Acesso em: 28 abr. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Técnicas para coleta de sangue. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 1997. 63. p. II. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas\\_sangue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf). Acesso em: 20 marc. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 [recurso eletrônico]. Brasília, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_terapeuticas\\_diabete\\_melito.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_terapeuticas_diabete_melito.pdf). Acesso em: 28 abr. 2025.

CINTRA, Sílvia Maira Pereira; SILVA, Conceição Vieira da; RIBEIRO, Circéia Amália. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 497-501, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TyZjRj7bdcQxQm5bcPTbRZr/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

BUSSOTTI, Edna Aparecida; GUINSBURG, Ruth; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr) scale of pain assessment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 651-659, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0001.2600>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9cvLjk5YBbBz49cbZjJqzTL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Resposta Técnica COREN/SC nº 038/CT/2019: Sondagem vesical de demora. Florianópolis, 18 mar. 2019. Disponível em: <https://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/RT-038-2019-Sondagem-Vesical-de-Demora.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2025.

Crianças e Adolescentes Seguros. Guia Completo para Prevenção de Acidentes e Violências. Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenadores: Renata D. Waksman, Regina M. C. Gikas e Wilson Maciel. Editora: Publifolha, 2005.

CRUZ, Fio (org.). Boas Práticas na Obtenção e Manutenção do Acesso Venoso Periférico em Pediatria. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/boas-praticas-na-obtencao-e-manutencao-do-acesso-venoso-periferico-em-pediatria/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

# REFERÊNCIAS

DINI, Ariane Polidoro; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Sistema de Classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2014; 48 (5): 787-93. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/y5DLN5SVpFQHcnc5qL43WTt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2025.

DOMPIERI, Nilce Botto. Educação em diabetes insulinas: armazenamento, validade, preparo e aplicação. Jundiaí: Prefeitura de Jundiaí, 2018. Disponível em: <https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2018/10/1-converted.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.

ERCOLE, F. C., et al. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n.1, jan-fev, 2013.

Freire MHS, Arreguy-Sena C, Müller PCS. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2920. [Access 20 mar. 2025]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DHKSmY9PL4XMRnvxscDBZdj/?format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1785.2920>.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Guia de terapia intravenosa. Belo Horizonte: FHEMIG, 2023. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14377/Guia-de-terapia-intravenosa---Fhemig.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD). POP.DENF.088 – Coleta de gasometria arterial em pediatria: versão 2. Dourados, MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/pop-denf-088-coleta-de-gasometria-arterial-em-pediatria-v-2.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025.

JOSEPH, H. F., Jr. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. [s.l.] **American Academy of Pediatrics**, 2002.

KRUM, Adriana de Castro Rodrigues; NEVES, Eliane. Rotina de estudos. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2001. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/mat-inf/rotina.html>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MATTAR, R.; MAZO, D. F. C. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 6-7, jan./fev. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100005>. Acesso em: 30 abr. 2025.

MIRANDA, Juliana de Oliveira Freitas; CAMARGO, Climene Laura de; NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; PORTELA, Daniel Sales; MONAGHAN, Alan; FREITAS, Katia Santana; MENDOZA, Renata Fonseca. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 5, p. 888-896, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4KbfdNVHgdX5n3k3TNr9jJx/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

NUPAD, Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina -. Detecção molecular do vírus SARS-CoV-2. 2020. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/doencas-infecciosas/instrucoes-coleta-covid-19/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

PFIZER BRASIL. Precedex®: bula para o paciente. São Paulo, 2019. Disponível em: [https://www.pfizer.com.br/files/Precedex\\_Paciente\\_19.pdf](https://www.pfizer.com.br/files/Precedex_Paciente_19.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.

# REFERÊNCIAS

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 017/2011 de 19 de maio de 2011: Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q). Lisboa: DGS, 2011. Disponível em: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO2011.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO2011.pdf).

Acesso em: 29 abr. 2025.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 355-358, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000200021>.

SECRETARIA DE SAÚDE (Brasília) (org.). Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-E-TRATAMENTO-DE-LP.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2025.

Rabelo AL, Bordonal J, Almeida TL, Oliveira PP, Moraes JT. Medical adhesive-related skin injury in adult intensive care unit: scoping review. **Rev Bras Enferm**. 2022;75(6):e20210926. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0926pt>

REBOUÇAS, Geisa Fonseca; PRIMO, Cândida Caniçali; FREITAS, Paula de Souza Silva; NUNES, Elisabete Maria Garcia Teles; QUITÉRIO, Margarida Maria de Sousa Lourenço; LIMA, Eliane de Fátima Almeida. Gestão de riscos: implantação de protocolo clínico de prevenção e manejo de quedas pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 43, n. , p. 1-13, jul. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220050.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zDM3KBDjrV6SWKzrpBHV5hk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.

REDE D'OR SÃO LUIZ. Dermite atópica em bebês: sintomas, causas e complicações. Maternidade D'Or, 2025. Disponível em: <https://www.rededorsaoluiz.com.br/maternidade/noticias/artigo/dermatite-atopica-em-bebes-sintomas-causas-e-complicacoes>. Acesso em: 18 abr. 2025.

REIS, Alice Casanova dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 142-157, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932014000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/5vdgTHLvfkyznKFHnR84jqP/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

RIBEIRO, Patrícia de Jesus; SABATÉS, Ana Llonch; RIBEIRO, Circéa Amalia. Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 420-428, dez. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342001000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NkNGLcxXzVS7sCxx64WNQN/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

RIBEIRO, Talita; TUPICH, Conrado; FERREIRA, Axel; NÓRTICO, Vinicius. Abocath: o que é, para que serve e como usar o cateter flexível. [S.L.]: Full Emergency, [2022]. Disponível em: <https://fullemergency.com.br/abocath-e-volume-de-vasao/>. Acesso em: 29 abr. 2025.

RODRIGUES, Elke Sandra Alves; ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; MENDES-CASTILLO, Ana Márcia Chiaradia; SÃO-JOÃO, Thaís Moreira; BUENO, Giselli Cristina Villela; HILL-RODRIGUES, Deborah; GASPARINO, Renata Cristina. Escala Humpty Dumptu: adaptação transcultural e validação para cultura brasileira. **Acta Paul enferm**. 2023; 36: e-APE009332. <https://doi.org/10.37689/actaape/2023AO009332> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hfTPwncDds3ckwKfRLbt5rM/>. Acesso em: 15 abr. 2025

SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

# REFERÊNCIAS

SILVA, Flavia Claro da; THULER, Luiz Claudio Santos. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 84, n. 4, p. 344-349, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572008000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/NjCCbx6brp7QyQCKCgZDSYC/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

Silva Júnior WS, Gabbay M, Lamounier R, Bertoluci M. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-5, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/#citacao>. Acesso em: 28 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. **SBP: Guia Prático de Atualização**, dez. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20493c-GPA\\_-\\_Caderneta\\_de\\_Saude\\_da\\_Crianca.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20493c-GPA_-_Caderneta_de_Saude_da_Crianca.pdf). Acesso em: 24 abr. 2025.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFUSIÓN Y ACCESO VASCULAR (SEINAV). Guía para el cuidado del acceso vascular en adultos. [S.L.]: SEINAV, 2021. Disponível em: <https://seinav.org/documento-biblioteca/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos-2021/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

TORRES, G.V.; FONSECA, P.C.B.; COSTA, I.K.F. Cateterismo vesical de demora como fator de risco para infecção do trato urinário: conhecimento da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPE**, v. 4, n.2, p. 1-9, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-20170>. Acesso em: 25 mar. 2025.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM. COVID-19: coleta de aspirado nasofaringe e traqueal em casos de SRAG e/ou síndrome gripal em unidade neonatal. [S.L.]: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, abr. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/covid-19-coleta-de-aspirado-nasofaringe-traqueal-neonatal/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. S.O.A.P. Semiologia Médica. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2025. Disponível em: <https://semiologiamedica.ufop.br/soap>. Acesso em: 23 abr. 2025.

UYGUN, Ibrahim; OKUR, Mehmet Hanifi; OTCU, Selcuk; OZTURK, Hayrettin. Peripherally inserted central catheters in the neonatal period. **Acta Cirurgica Brasileira**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 404-411, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-86502011000500014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/kLQDM7SqsRybmScXRFHttXQ/>. Acesso em: 22 mar. 2025.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; PEREIRA, Maria Auxiliadora; OLIVEIRA, Elizalva Felix de. EXAME FÍSICO NA CRIANÇA: UM GUIA PARA O ENFERMEIRO. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 529-238, out. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/sccjhjBM7nHVsd9yYVjzbzv/?format=pdf>. Acesso em: 15 abr. 2025.