Daniela Tavares

Estudo de Caso

O lactente com Bronquiolite e Pneumonia

INTRODUÇÃO

O presente documento reporta-se ao estudo de caso de um lactente com o diagnóstico médico de bronquiolite e pneumonia, internado no Serviço de Pediatria. Assim, este estudo visa a criança como um ser biopsicossocial em crescimento e desenvolvimento e, como tal, deve ser atendida em toda a sua individualidade, nas suas necessidades básicas de nutrição, educação, socialização, afectividade e não somente em relação à patologia actual.

Os principais objectivos deste trabalho são: aprofundar os conhecimentos acerca do lactente e respectiva patologia, através da exploração, descrição e explicação da situação em análise, assim como o desenvolver de um processo de enfermagem, que compreende a aplicação das cinco etapas inerentes ao mesmo. Desta forma, este método de ensino permite que os conhecimentos e as aptidões adquiridas sejam passíveis de serem aplicados em situações futuras.

De facto, este estudo tem ainda como finalidade promover a integração na vida profissional, contribuindo para a sistematização e organização dos diferentes cuidados de enfermagem, assim como o incentivo a uma reflexão acerca do desempenho na globalidade do estágio, e em particular, em relação ao estudo de caso elaborado.

A estrutura do presente documento compreende: a descrição e fundamentação teórica do caso em estudo (definição das patologias, fisiopatologia, etiologia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção), seguida do processo de Enfermagem (resumo do caso clínico, colheita de dados, anamnese, plano de cuidados, e por último uma reavaliação e análise do plano e do conjunto de cuidados prestados), por fim uma conclusão que inclui uma reflexão crítica acerca do desempenho presente neste trabalho.

1. ESTUDO DE CASO

1.1 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DO ESTUDO DE CASO

O presente trabalho relata o estudo de um caso real, de um lactente de 9 meses de idade, com o diagnóstico médico de bronquiolite e pneumonia.

A opção deste caso para análise resulta da curiosidade acerca das patologias diagnosticadas, uma vez que são de elevada prevalência no seio da sociedade pediátrica actual, com as quais somos constantemente confrontados, sendo por isso importante aprofundar os conhecimentos acerca das mesmas, para uma melhor e maior eficácia na prestação de cuidados de enfermagem.

No entanto, é importante referir que os aspectos abordados ao longo de todo o documento são adaptados e específicos para o caso em estudo.

1.2 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

As infecções do tracto respiratório são descritas de diversas formas, de acordo com as áreas gerais de envolvimento nas infecções mais comuns. O tracto respiratório superior consiste principalmente do nariz e da faringe. O tracto respiratório inferior consiste dos brônquios, dos bronquíolos e dos alvéolos. As infecções tendem a disseminar-se de uma estrutura para a outra, em virtude da natureza contígua da mucosa que reveste todo o tracto. (WONG: 2003)

Segundo BAGÉ (2007) as infecções respiratórias agudas (IRA) representam uma das principais causas de morbi-mortalidade na infância, principalmente, nos países em desenvolvimento. As IRA são um dos principais problemas de saúde pública em pediatria, constituindo a principal causa de doença em menores de 5 anos, tanto em países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento.

Conquanto o número de episódios de IRA na infância seja semelhante para crianças dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, as infecções das vias aéreas inferiores (IVAI) são mais frequentes e mais graves nos países em desenvolvimento, particularmente as pneumonias que podem ser responsáveis por 70 a 90% dos óbitos por IRA na infância. A maior frequência de formas graves e mortalidade por IRA, nomeadamente por pneumonia, nos países pobres, está relacionada com factores socioeconómicos e culturais: maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa cobertura vacinal, baixo peso ao nascer, desmame precoce, desnutrição, baixo

nível de instrução materna, prematuridade, tabagismo passivo, poluição ambiental, más condições habitacionais e colonização precoce da orofaringe por bactérias patogénicas.

A experiência de diversos trabalhos realizados em vários países permite concluir que a detecção precoce dos casos, o tratamento com antibióticos, a educação das famílias, especialmente das mães, para gerência das IRA e outras medidas de acompanhamento pode reduzir em até 50% a mortalidade por estas doenças e racionalizar o tratamento. (BAGÉ: 2007)

Assim, relacionando com o caso em estudo, a abordagem teórica deste trabalho centrar-se-á nas patologias diagnosticadas, nomeadamente, na bronquiolite e pneumonia viral.

1.3 BRONQUIOLITE

Segundo WONG (2003) a bronquiolite é uma infecção viral aguda, com efeito máximo ao nível bronquiolar. A infecção ocorre principalmente nos meses de outono-inverno e, por vezes, na primavera, sendo rara em crianças com mais de 2 anos de idade. De acordo com VERGANI (2009) factores genéticos e ambientais, como o fumo do tabaco, contribuem para a gravidade da doença. Alguns estudos sugerem que existe uma predisposição genética à bronquiolite.

A mortalidade é relativamente baixa, entre 1 e 2% dos casos internados, mas nas crianças com doenças prévias como cardiopatias congénitas, displasia broncopulmonar e imunodeficiências a letalidade pode chegar a 37%. (MARCONDES: 2004)

MEISSNER (2003) afirma que *"os factores de risco para gravidade e complicações da bronquiolite são: baixo peso ao nascer, gemelaridade, prematuridade (idade gestacional inferior a 37 semanas), doença pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrose cística, anomalia congénita), cardiopatia congénita, imunodeficiência, doença neurológica, alteração anatómica de vias aéreas, exposição ao fumo do tabaco, frequentar infantários ou escolas."*

1.3.1 Fisiopatologia

A mucosa dos bronquíolos encontra-se, geralmente, edemaciada e com o lúmen repleto de muco e exsudado; as paredes dos brônquios e bronquíolos estão infiltradas por células inflamatórias; e a pneumonite intersticial peribronquiolar está usualmente presente. Os graus variáveis de obstrução produzidos nas pequenas passagens aéreas, por todas estas alterações, levam a hiperinsuflação, enfisema obstrutivo, resultado da obstrução parcial, e aéreas de atelectasia em placa. A dilatação das passagens brônquicas na inspiração permite espaço suficiente para a entrada de ar, mas o estreitamento das passagens na expiração impede que o ar saia dos pulmões. Assim, o ar é represado distalmente à obstrução e causa hiperinsuflação progressiva (enfisema). (WONG: 2003)

1.3.2 Etiologia

Segundo BAGÉ (2007), o agente etiológico mais frequente da bronquiolite no lactente é o vírus sincicial respiratório (VSR). Desta forma, a bronquiolite viral é uma doença sazonal, seguindo a distribuição sazonal do VSR. Em países de clima frio, a estação do VSR é o inverno.

Outros agentes, menos frequentes, são o adenovírus, o vírus parainfluenza, o vírus influenza A, o enterovírus, o citomegalovírus e bactérias atípicas (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis e Chlamydia pneumoniae, Ureaplasma urealyticum).

Os agentes etiológicos citados são intracelulares e iniciam a infecção pelas vias aéreas superiores, e, se não forem restritos pelos mecanismos imunológicos do utente, progridem em direcção às vias aéreas inferiores, através de transmissão por contiguidade, de célula a célula, causando um processo inflamatório em toda a via aérea condutora.

O método de transmissão ocorre por via aérea, por meio de gotículas de saliva ou por contacto com secreções contaminadas.

1.3.3 Sintomatologia

Os sinais e sintomas iniciais da bronquiolite são de infecção da via aérea superior como rinorreia copiosa, obstrução nasal e tosse. Em 2/3 dos casos ocorre febre que pode ser mais alta (> 39°C), mais comum na vigência de adenovírus. A criança apresenta anorexia e irritabilidade, mas com bom estado geral, o que diferencia das infecções bacterianas. Após 3 a 7 dias do início do quadro são observados sintomas como taquipneia, sibilância, expiração prolongada e estridor, indicando um quadro obstrutivo da via aérea inferior.

Pode ocorrer apneia em algumas crianças, particularmente os prematuros e os menores de 2 meses de idade.

Ao exame físico, observa-se taquipneia, retracção subcostal e intercostal, supraclavicular, adejo nasal e gemido expiratório. À inspecção, o tórax apresenta-se hiperexpandido e com aumento do diâmetro ântero-posterior. O hipertimpanismo aparece à percussão pulmonar e, à auscultação, roncos, sibilos e estridor podem estar presentes. Nos casos mais graves, os sibilos podem não ser auscultados se a passagem de ar pela via aérea estiver muito diminuída. Conjuntivite, rinite e otite média aguda podem frequentemente acompanhar os quadros de bronquiolite. (VERGANI: 2009)

1.3.4 Diagnóstico

Segundo WONG (2003) o diagnóstico da bronquiolite é feito com base nas manifestações clínicas, na idade da criança, na estação do ano e na epidemiologia da comunidade. A bronquiolite começa com uma infecção respiratória simples, com secreção nasal serosa, a qual pode estar acompanhada por febre branda. A criança desenvolve, gradativamente, angústia respiratória crescente, com taquipneia, tosse paroxística e irritabilidade. Pode haver sibilância. As radiografias do tórax mostram hiperaereação e áreas de consolidação, as quais são difíceis de diferenciar da pneumonia bacteriana. As crianças podem apresentar dispneia considerável, mas não exibem o aspecto tóxico das crianças com infecções bacterianas.

A apneia pode ser o primeiro indicador reconhecido da infecção por VSR em lactentes muito jovens. A doença grave pode ser seguida por um aumento da pressão arterial de dióxido de carbono ($PaCO_2$) (hipercápnia), levando à acidose respiratória e à hipoxémia. A identificação positiva do VSR é realizada por ensaio imunoabsorvente ligado á enzima (ELISA) ou por anticorpo imunofluorescente rápido (IFA) a partir da aspiração directa das secreções nasais ou de lavados nasofaríngeos.

Diagnóstico Diferencial

A bronquiolite pode ser confundida com uma variedade de afecções agudas e crónicas. A infecção das vias aéreas superiores é um diagnóstico diferencial que pode ser rejeitado à auscultação, uma vez que não se encontra expiração prolongada, sibilos e estridor nessa condição. Pneumonia, aspiração de corpo estranho, doença cardíaca congénita, anel vascular e síndromes aspirativas, como na doença do refluxo gastroesofágico, também devem ser rejeitados.

A asma deve ter uma grande importância no diagnóstico diferencial da bronquiolite. História recorrente de episódios de sibilância, reversíveis com uso de broncodilatadores, e história pessoal ou familiar de atopia e alergia ajudam a realizar o diagnóstico de asma. Entretanto, durante o primeiro episódio de sibilância, é difícil distinguir bronquiolite de asma. (LANDAU: 1994)

Diagnóstico de Bronquiolite Aguda Viral Avaliação da gravidade		
Leve	**Moderada**	**Grave**
Capaz de se alimentar normalmente Pouca ou nenhuma dificuldade respiratória Saturação de O_2 > 95%	Alimenta-se com dificuldade Dispnéia moderada (tiragem e aleteo nasal moderados) Saturação de O_2 < 95%, corrigindo-se com oxigenoterapia Pode ter episódios curtos de apnéia	Incapaz de se alimentar Dispnéia grave (tiragem e aleteo intensos, gemência) Saturação de O_2 < 91%, não se corrigindo com oxigenoterapia Aparência de fadiga. Pode ter episódios longos ou freqüentes de apnéia
↓	↓	↓
Radiografia de tórax Teste com broncodilatador	Radiografia de tórax Teste com broncodilatador Exames virológicos Monitorização clínica e laboratorial	Radiografia de tórax Teste com broncodilatador Exames virológicos Monitorização clínica e laboratorial Monitorização cardíaca Hemogasometrias
Tratar em casa Orientar família Revisão em 2 ou 3 dias *Broncodilatador se tiver havido boa resposta*	Hospitalizar Oxigenoterapia para manter SO_2 > 93% Avaliar necessidade de líquidos e da via venosa *Broncodilatador se tiver havido boa resposta*	Hospitalizar Não usar a via oral. Líquidos por via venosa Avaliar necessidade de pressão positiva constante, de intubação e ventilação mecânica *Corticosteróide (?)* *Broncodilatador se tiver havido boa resposta*

Quadro 1 – Fluxograma de atendimento à criança com bronquiolite

1.3.5 Tratamento

A bronquiolite é tratada, a nível sintomático, com oxigenoterapia, ingestão hídrica adequada e repouso. A maior parte das crianças com esta patologia podem ser controladas em casa. A hospitalização é, normalmente, considerada para crianças com condições complicadas, como pneumopatia ou cardiopatia subjacente, estados debilitados associados ou adequação questionável da pessoa que oferece cuidados. Também deve ser internada a criança que estiver taquipneica, que exibir retracções acentuadas, que pareça inquieta ou que apresente uma história de ingestão hídrica insuficiente. (WONG: 2003)

1.3.6 Prevenção

Medidas gerais:

- Aleitamento materno: o incentivo do aleitamento materno é uma medida eficaz na prevenção de infecção pelo VSR e diminui 1/3 o risco de hospitalização por infecção do trato respiratório inferior.
- Tabagismo passivo: utentes que convivem com tabagistas têm maior risco de desenvolver bronquiolite.
- Lavagem das mãos: é uma medida eficaz na prevenção da disseminação da doença. O álcool gel é a medida mais eficaz.
- Para utentes hospitalizados, recomenda-se quarto privativo, com precauções de contacto e para gotículas, ou seja, máscara, aventais e luvas descartáveis, bem como lavagem vigorosa das mãos antes e após o contacto com o utente.
- Uma vez isolado o agente adoptar as medidas recomendadas para cada vírus.

Condutas específicas:

- Vacinação contra o vírus influenza, indicada para crianças a partir dos 6 meses. É uma medida eficaz na protecção contra o vírus influenza, embora este seja responsável por apenas uma pequena parcela dos casos de bronquiolite.
- O uso profilático de oseltamivir é recomendado na estação de maior circulação do vírus em determinadas situações, tais como: protecção de crianças de alto risco, crianças vacinadas que não tiveram tempo de desenvolver a resposta imune; protecção de crianças de alto risco em quem a vacinação é contra indicada; protecção dos portadores de imunodeficiência em quem a resposta imune à vacina pode ser inadequada e controle de surtos de influenza em instituições fechadas.
- Imunoglobulina contra VSR – há evidências que justifiquem o seu uso na prevenção de bronquiolite por VSR em grupos de alto risco, porém não há indicações precisas na literatura.
- Palivizumab: imunoglobulina hiperimune contra o VSR - anticorpo monoclonal murino contra o VSR. O seu uso não previne a infecção pelo vírus, mas evita as formas graves na população de alto risco, para quem há indicação da sua utilização. (SANTOS:2008)

1.4 PNEUMONIA

Segundo WONG (2003:68) "a pneumonia, inflamação do parênquima pulmonar, é comum durante toda a infância, mas ocorre com maior frequência no período de lactância e no início da infância. Clinicamente a pneumonia pode acontecer como uma doença primária ou como uma complicação de alguma outra doença".

A nível morfológico, as pneumonias são reconhecidas da seguinte forma:

- ✓ pneumonia lobar - a totalidade ou grande parte de um ou mais dos lobos pulmonares é atingida. Quando ambos os pulmões são afectados, isto é, conhecido como pneumonia bilateral ou dupla.
- ✓ broncopneumonia (pneumonia lobular) - começa nos bronquíolos terminais, que se tornam obstruídos por exsudado mucopurulento, de modo a formar placas consolidadas nos lóbulos próximos.
- ✓ pneumonia intersticial – o processo inflamatório fica mais ou menos consolidado dentro das paredes alveolares (interstício) e dos tecidos peribrônquicos e interlobulares.

Contudo, para além da morfologia, as pneumonias são também classificadas de acordo com a forma clínica e o agente etiológico: viral, atípica (por micoplasma), bacteriana ou por aspiração de substâncias estranhas. O agente causal é identificado, em grande parte, a partir da

história clínica, da idade da criança, da história geral de saúde, do exame físico, da radiografia e do exame laboratorial. (WONG, 2003)

Pneumonia Viral

As pneumonias virais ocorrem mais comummente do que as pneumonias bacterianas e são observadas em crianças dos vários grupos etários. Estas estão frequentemente associadas às IRA virais, e o VSR contribui com a maior percentagem em lactentes. A distinção entre os microrganismos responsáveis torna-se particularmente difícil, uma vez que existem poucos sintomas clínicos indicativos, daí que as diferenciações entre os vírus só possam ser feitas através do exame laboratorial.

O prognóstico é geralmente bom, embora as infecções virais do tracto respiratório tornem a criança afectada mais susceptível à invasão bacteriana secundária, especialmente quando há mucosa brônquica desnutrida. Em geral o tratamento é sintomático e inclui medidas de promover a oxigenação e o conforto, como a administração de oxigénio, fisioterapia torácica e drenagem postural, antipiréticos para o controlo da febre, ingestão de líquidos e suporte familiar. (WONG: 2003)

1.4.1 Fisiopatologia

Numa infecção pulmonar verifica-se, frequentemente, a existência de um quadro de hipersecreção, o qual provoca diminuição da capacidade de expansibilidade do pulmão, aumento da resistência das vias aéreas, aumento do trabalho respiratório, efeito shunt (capacidade de troca alterado), hipóxia e hipercápnia, uma vez que o utente tende a hipoventilar. Porém, é importante referir que numa fase inicial da pneumonia o utente fica taquipneico pela hipóxia e com o decorrer da patologia tende a hipoventilar (hipercápnia), evoluindo para insuficiência respiratória caso a pneumonia seja grave. (BAGÉ: 2007)

1.4.2 Etiologia

De uma forma geral são diversos os agentes responsáveis pela pneumonia, desde microrganismos (vírus, bactérias, fungos, protozoários, larvas, helmintos) até agentes químicos e físicos. Acredita-se que os vírus e as bactérias sejam os agentes etiológicos em mais de 80% das pneumonias. A determinação etiológica desta patologia torna-se particularmente difícil, uma vez que o curso clínico é muito semelhante para os diversos agentes e as técnicas diagnósticas são, em geral, de baixa sensibilidade ou custo elevado e de difícil acesso à maioria dos serviços.

No entanto, são vários os estudos que apontam os vírus como os principais agentes de pneumonia em menores de 5 anos, nos países desenvolvidos. Quanto mais jovem a criança, excluindo-se os primeiros 2 meses de vida, maior a probabilidade de ocorrência de doença de etiologia viral. Entre os vírus, o VSR é o mais frequentemente encontrado, seguido dos vírus influenza, parainfluenza, adenovírus e rinovírus.

Nos países em desenvolvimento, os principiais agentes bacterianos da pneumonia, que são responsáveis pela maior gravidade e mortalidade por pneumonia na infância, são os seguintes: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus infuenzae e Staphylococcus aureus. (BAGÉ: 2007)

Até 2 meses	Estreptococo do grupo B, Enterobactérias, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococos aureus*, vírus
2-6 meses	*Chlamydia trachomatis*, vírus, germes da pneumonia afebril, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococos aureus*
6 meses a 5 anos	Vírus, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococos aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*
> 5 anos	*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*

Quadro 2 – Principais agentes etiológicos de pneumonia, de acordo com a faixa etária.

1.4.3 Sintomatologia

Segundo BAGÉ (2007), o quadro clínico varia de acordo com a idade da criança, o estado nutricional, a presença de doença de base e do agente etiológico, podendo ser mais grave nas crianças mais jovens, desnutridas ou que apresentem co-morbidades.

Os principais sinais e sintomas encontrados na criança com pneumonia são: febre, tosse, taquipneia e dispneia, de intensidade variável. Poderá haver ou não alteração da auscultação respiratória (redução ou abolição do murmúrio vesicular, ocorrência de sopro tubário, presença de estridor e/ou sibilos), assim como poderá ocorrer redução do frémito tóraco-vocal. Nas crianças pequenas, dificilmente encontraremos alterações localizadas da auscultação respiratória.

Relativamente à pneumonia viral, diagnosticada no caso em estudo, os sintomas são variáveis desde leves (febre baixa, tosse discreta, indisposição) a graves (febre alta, tosse intensa e prostração). A tosse é normalmente improdutiva no início da doença, e alguns sibilos e estridores são percebidos na auscultação. (WONG: 2003)

1.4.4 Diagnóstico

Como já foi referido anteriormente, o diagnóstico etiológico da pneumonia é particularmente difícil. Porém, estudos dirigidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em diversos países apontaram a taquipneia como o sinal mais sensível e específico para o diagnóstico de pneumonia na criança. Assim, a frequência respiratória (FR) deverá ser sempre avaliada na criança com infecção respiratória. Segundo BAGÉ (2007) a abordagem diagnóstica pode ser realizada em três níveis:

Primário: Utiliza-se apenas os sinais clínicos preditivos da pneumonia. De acordo com a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), nas crianças com tosse ou dificuldade em respirar deve-se avaliar a frequência respiratória. Esta abordagem é preconizada apenas para as crianças menores de 5 anos, enquanto as maiores devem ter uma atenção individualizada. É fundamental que a avaliação seja feita durante um minuto, com a criança tranquila. As crianças com taquipneia são classificadas como tendo pneumonia, de acordo com os seguintes parâmetros: <2 meses: FR> 60 rpm (respirações por minuto); 2-11 meses: FR> 50 rpm; 1-4 anos: FR> 40 rpm. O passo seguinte é definir a gravidade. Se a criança apresenta tiragem subcostal, é classificada como pneumonia grave e aquelas que apresentam sinais de gravidade (recusa de líquidos, convulsões, sonolência excessiva, estridor em repouso, desnutrição grave, adejo nasal e cianose) são classificadas como pneumonia muito grave.

Secundário: neste nível procura-se definir os agentes etiológicos envolvidos e direccionar o tratamento, quando possível. Os seguintes exames podem ser realizados como auxiliares ao diagnóstico das pneumonias:

1. Marcadores da Inflamação: leucograma, proteína C reactiva e pró-calcitonina.
2. Radiologias - existem diversas dificuldades na interpretação dos achados radiológicos. De um modo geral, os achados de consolidação alveolar, derrames pleurais e abcessos sugerem etiologia bacteriana, enquanto imagens intersticiais estão mais frequentemente associadas a vírus e Mycoplasma ou Chlamydia. Porém, é importante que se tenha prudência nesta interpretação, uma vez que o achado radiológico não define o agente da pneumonia e infecções bacterianas podem estar associadas a envolvimento intersticial.
3. Métodos Microbiológicos: hemocultura (método muito útil, embora com baixa positividade); líquido pleural (a positividade do líquido pleural pode alcançar até 70%, antes do início da antibioticoterapia); cultura do escarro (tem pouca utilidade prática, por não diferenciar infecção de colonização).
4. Métodos Imunológicos: serologias, detecção de antigénios e de ácido desoxirribonucleico (ADN).

Terciário: utentes com co-morbidades como o síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), imunodeficiências primárias, imunodeprimidos, pneumonias nosocomiais graves e, aqueles com quadro grave que não estejam a responder ao tratamento antimicrobiano têm

indicação para realização de exames mais invasivos, que apresentem maior possibilidade de diagnóstico etiológico. Os mais utilizados são a broncoscopia com lavado broncoalveolar e a biopsia pulmonar.

1.4.5 Tratamento

Segundo BAGÉ (2007) apesar de a pneumonia ser uma doença potencialmente grave, a maioria dos casos pode ser tratada a nível ambulatorial, evitando-se assim, internamentos desnecessários. O tratamento deverá ser hospitalar nas seguintes situações: menores de 2 meses, presença de tiragem subcostal, ocorrência de convulsões, sonolência excessiva, estridor em repouso, desnutrição grave, ausência de ingestão de líquidos, sinais de hipoxémia, presença de co-morbidades (anemia, cardiopatias, pneumopatias); complicações radiológicas (derrame pleural, pneumatocele, abcesso pulmonar), problema social e falha na terapêutica ambulatorial.

Como, na grande maioria das vezes, o diagnóstico etiológico não é estabelecido, o tratamento da pneumonia é empírico. Desta forma, é importante que haja uma normalização da conduta terapêutica, com base nos dados clínicos, epidemiológicos e, se disponíveis, laboratoriais e radiológicos.

1.4.6 Prevenção

A prevenção da desnutrição, do baixo peso ao nascer e do desmame precoce ocupam um papel de destaque entre as medidas preventivas da pneumonia.

As evidências apontam que o tabagismo passivo acarreta um maior agravamento da doença do tracto respiratório inferior, particularmente nos primeiros anos de vida.

O uso de oligoelementos e a suplementação da vitamina A não evidenciaram a redução da mortalidade nem do tempo de hospitalização das crianças.

As vacinas têm um papel inquestionável como medida de prevenção em saúde. A imunização básica deve ser realizada para todas as crianças e adolescentes, seguindo as recomendações do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Para crianças saudáveis, o PNV recomenda a vacinação contra o vírus Haemophilus influenzae (Hib) e as vacinas pneumocócicas (por exemplo (ex.) prevenar). (BAGÉ:2007)

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

O presente Processo de Enfermagem, elaborado de acordo com o caso em estudo, consta do resumo do caso clínico, seguida da colheita de dados, anamnese, necessidades

humanas fundamentais alteradas, plano de cuidados, reavaliação e reajuste do plano de acção e por fim uma análise dos resultados, nomeadamente, da eficácia do plano instituído. Porém, a folha farmacológica e a folha de registo/controlo administração de medicamentos encontra-se em anexo, assim como alguns protocolos tipo utilizados para a elaboração do presente processo (como por ex. a avaliação inicial de enfermagem/ doente pediátrico).

2.1 RESUMO DO CASO CLINICO

Lactente do sexo masculino, 9 meses de idade, deu entrada no serviço de internamento de Pediatria no dia 4/04/2010, com o diagnóstico médico de bronquiolite e pneumonia à direita.

Previamente, recorreu ao serviço de urgência, na companhia da mãe, por história de febre (> 39ºC) e tosse seca com 24 H de evolução, com consequente agravamento do quadro clínico apresentando tosse emetizante e secreções respiratórias abundantes. Ao exame físico apresentava-se febril com 39,3ºC de temperatura timpânica, com Saturações de Oxigénio (Sat. O2) a 87% em ar ambiente (aa) e com taquipneia (FR - 55 rpm). À auscultação não se verificou a existência de sinais de obstrução respiratória, mas retracção supra-esternal, sibilância e tiragem subcostal. Nos restantes sistemas orgânicos não se verificaram alterações significativas, embora manifeste ligeira recusa alimentar e irritabilidade, as quais derivam da sua condição clínica actual. Contudo, é importante referir que tem como antecedente síndrome do desconforto respiratório (SDR), o que pode contribuir para o agravamento do quadro clínico, daí a necessidade de hospitalização e de uma vigilância adequada.

Aquando da admissão no serviço de internamento o H. apresentava-se sub-febril com 37,8 ºC de temperatura timpânica, Sat.O2 a 98% com Oxigénio (O2) a 1 L/min por ventimask, que foi trocada por cânula nasal para retirar a máscara, ficando com Sat.O2 a 98-100% e O2 a 1 L/min. Tem monitorização de frequência cardíaca (FC) e Sat.O2; cabeceira elevada a 30º; soro 210 a 20 ml/h; aspiração de secreções em SOS; dieta da idade. À entrada apresentava tiragem subcostal, calmo e sem agravamento do SDR.

O internamento decorreu sem intercorrências. Houve remissão da sintomatologia apresentando-se normocárdico, normotenso, apirético, com Sat.O2 a 98-100% em aa e sem sinais de agravamento do quadro respiratório.

Teve alta clínica a 09/04/2010 com terapêutica de domicílio e consultas de ambulatório.

2.2 COLHEITA DE DADOS /AVALIAÇÃO INICIAL

1. **Identificação**
   - Nome: HROM Sexo: masculino
   - Data de nascimento: 24/06/2009 Idade: 9 meses
   - Morada: C - OA
   - Data de Hospitalização: 04/04/2010
   - Serviço: Pediatria Cama nº: X

2. **Informações Prévias Importantes**
   - Nome pelo qual gosta de ser chamado: H
   - Motivo de internamento: bronquiolite e pneumonia.
   - Proveniência: urgência
   - Acompanhante: MFOM Grau de parentesco: Mãe
   - Pessoa a contactar: FFOM Grau de Parentesco: Pai Telefone: xx xxxxxxx
   - Limitação à informação sobre internamento: não
3. **Avaliação Social**
   - Agregado familiar: 7
   - Nº de irmãos: 4
   - Criança ao cuidado de: pais
4. **Higiene e conforto**
   - Dependente total
   - Apreciação geral do estado de higiene: bom
5. **Alimentação**
   - Oral – dieta da idade
   - Dependente total
   - Sem alterações
6. **Eliminação**
   - Vesical:
     - ✓ Controlo de esfíncteres: não
     - ✓ Dependente total
     - ✓ Sem alterações
   - Intestinal:
     - ✓ Controlo de esfíncteres: não
     - ✓ Dependente total

- ✓ Sem alterações

7. Respiração

- Frequência respiratória: 50 rpm
- Saturações de O2: 98% com O2 a 1L/ min.
- Tiragem: sim, sub-costal
- Adejo nasal
- O2 por ventimask, que se trocou por cânula nasal a 1L/min
- Tosse não produtiva
- Secreções: mucosa (aspiradas secreções esbranquiçadas, semi-fluidas e em moderada quantidade).

8. Circulação

- TA: 90/45 mmHg
- Pulso: 118 bpm (batimentos por minuto) características: simétrico, regular, normal.
- Sem alterações
- Coloração de pele/ mucosas/ extremidades: sem alterações

9. Controlo da temperatura corporal

- Temperatura timpânica: 37,3ºC

10. Mobilidade

- Dependente total
- Segura a cabeça; senta-se; gatinha
- Sem alterações
- Actividade espontânea: moderada

11. Sono e repouso

- Sono:
  - ✓ Sem alterações
  - ✓ Nº de horas de sono/dia: 10h
  - ✓ A que horas se deita: ---
  - ✓ Com quem dorme: mãe
  - ✓ Objecto de estima: peluche
- Repouso:
  - ✓ Sem alterações

12. Ambiente seguro

- Escala de Glasgow: 20 pontos
- Ramsay: 2 pontos
- Défices sensoriais
  - ✓ Auditivos: sem alterações

- ✓ Visuais: sem alterações
- ✓ Sensibilidade sem alterações

- Dor: ausente

13. **Comunicação**
    - Sem alterações
14. **Aprendizagem/ recreação**
    - Actividades lúdicas preferidas: brincar com os brinquedos
    - Frequenta: infantário – não
15. **Crenças e valores**
    - Deseja assistência espiritual: não
16. **Integridade cutânea**
    - Cateter venoso periférico no dorso do pé direito
17. **Avaliação risco de úlcera de pressão**
    - Escala de Risco de Norton: 20 pontos (baixo risco)
18. **Avaliação necessidades de ensino**
    - Foi identificada necessidade de ensino e alguma área? Não.

2.3 ANAMNESE

O H. nasceu dia 24 de Junho de 2009 por parto eutócico normal e sem intercorrências. Nasceu com 2630 kg de peso, 47 cm de comprimento e 32 cm de perímetro cefálico. Mãe de 37 anos, saudável. Gravidez de 38 semanas, vigiada, Gesta V Para V, sem antecedentes pessoais ou familiares patológicos. Pai de 43 anos e saudável.

Relativamente ao seu desenvolvimento geral não apresenta qualquer tipo de alteração, todos os parâmetros se encontram dentro dos padrões normais, como se pode constatar na avaliação inicial anteriormente realizada. Quanto ao seu crescimento físico: peso actual de 7850 kg, comprimento de 67 cm, perímetro cefálico de 47 cm. Calendário vacinal cumprido, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação.

Actualmente foi internado com o diagnóstico médico de bronquiolite e pneumonia.

2.4 NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS ALTERADAS

NHF ALTERADAS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Respirar	Taquipneia; Secreções em abundante quantidade; Tosse seca; Sibilos; Tiragem sub-costal; Saturações de O2 instáveis; Adejo nasal.
Comer e Beber	Recusa alimentar
Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais	Hipertermia
Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos	Dependente nos cuidados de higiene.
Vestir-se/despir-se	Dependente.
Evitar os perigos	Deficiente estado imunitário: infecção viral por VSR. Ansiedade. Medo.

Quadro 3 – Necessidades Humanas Fundamentais Alteradas do lactente em estudo.

2.5 PLANO DE CUIDADOS

O quadro 4 descreve o plano de cuidados prestados ao H. até à data da alta clínica.

Quadro 4- Plano de Cuidados de Enfermagem

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 04.04.2010 **Hora: 23h45**	Padrão respiratório ineficaz relacionado com a presença de secreções (obstrução).	Padrão respiratório eficaz; Redução de secreções.	Obstáculo à libertação e à expectoração das secreções e, por consequência, limitação na inspiração e/ou expiração imediatas do funcionamento normal dos pulmões, daí a pertinência deste diagnóstico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[04.04.10] Vigiar ventilação [09.04.10] [04.04.10] Monitorizar Sat.O2. [09.04.10] [04.04.10] Monitorizar FC. [09.04.10] [04.04.10] Monitorizar frequência respiratória (SOS). [09.04.10] [04.04.10] Gerir oxigenoterapia. [07.04.10] [04.04.10] Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento [09.04.10] [04.04.10] Instilar solução salina na cavidade nasal em SOS. [09.04.10] [04.04.10] Aspirar secreções em SOS. [09.04.10] [04.04.10] Vigiar características das secreções. [09.04.10] [04.04.10] Vigiar reflexo de tosse [09.04.10]	Observar e analisar as características da ventilação: tiragem, polipneia, adejo nasal, pieira, cianose. Observar e analisar os parâmetros vitais do lactente em ocasiões regulares e repetidas. Adequar os níveis de O2 conforme as necessidades do lactente, ou seja, consoantes as Sat.O2 apresentadas pelo mesmo. Obter o melhor resultado da ventilação através da posição no leito - cabeceira elevada a 30º. Para fluidificar as secreções, para melhor excreção das mesmas. Aspirar aquando da presença de secreções que dificultam o processo respiratório e avaliar as suas características. Observar e analisar os acessos de tosse (frequência e características).	Redução significativa das secreções e melhora do padrão respiratório [boas Sat. O_2 (95-100%)].	09/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 04.04.2010 **Hora: 23h45**	Recusa relativa à alimentação relacionada com o processo patológico.	Ausência de recusa alimentar.	Face à condição actual de saúde o lactente apresenta irritabilidade e ausência de apetite, daí a importância deste diagnóstico para vigilância.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[04.04.10] Negociar a ingestão de alimentos. [09.04.10] [04.04.10] Vigiar a alimentação. [09.04.10] [04.04.10] Gerir ambiente físico. [09.04.10]	Fornecer ao lactente os alimentos de que mais gosta e da forma que mais gosta. Observar e analisar os alimentos ingeridos (quantidade e qualidade). Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo durante a refeição.	Alimenta-se bem e tolera.	09/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 04.04.2010 **Hora: 23h45**	Défice de volume de líquidos relacionado com ingestão inadequada de líquidos.	Ingestão adequada de líquidos; ausência de desidratação.	O lactente tem dificuldade em manter uma hidratação adequada, por aumento das perdas (febre) ou por diminuição da dieta líquida (inapetência e dificuldade de ingestão).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[04.04.10] Vigiar sinais de desidratação. [07.04.10] [04.04.10] Incentivar a ingestão de líquidos. [07.04.10] [04.04.10] Gerir a ingestão de líquidos. [07.04.10]	Observar e analisar a presença: de diminuição do débito urinário; urina concentrada; pele vermelha e seca, acinzentada e fria; mucosas secas; língua saburrosa; aumento da temperatura corporal, pressão sanguínea, frequência respiratória; pulso periférico rápido e fraco; globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas, irritabilidade entre outros. Proporcionar líquidos ao lactente.	Sinais de desidratação ausentes: ingestão adequada de líquidos.	07/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 04.04.2010 **Hora: 23h45**	Hipertermia relacionada com processo infeccioso.	Temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.	Este diagnóstico surge devido à hipertermia apresentada pelo lactente, para além de ser um dos sintomas comuns das patologias diagnosticadas, e que requer vigilância.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[04.04.10] Monitorizar temperatura corporal. [09.04.10] [04.04.10] Gerir ambiente físico. [09.04.10] [04.04.10] Executar técnica de arrefecimento natural (SOS). [09.04.10] [04.04.10] Gerir antipiréticos. [09.04.10]	Observar e analisar os valores da temperatura corporal. Proporcionar ambiente térmico na enfermaria. Retirar algumas peças de roupa, colocar compressas de água tépida. Administrar antipiréticos prescritos em SOS consoante os valores da temperatura corporal.	Encontra-se normotérmico.	09/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 04.04.2010 **Hora: 23h45**	Medo relacionado com o processo de tratamento.	Redução e/ou ausência de medo.	O lactente apresentava-se apreensivo, uma vez que muitos dos exames e tratamentos produzem stress e desconforto, daí a relevância deste diagnóstico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[04.04.10] Estabelecer relação com a criança. [09.04.10] [04.04.10] Facilitar suporte familiar. [09.04.10] [04.04.10] Incentivar a participação dos pais, quando possível. [09.04.10] [04.04.10] Facilitar a presença de objecto de estima. [09.04.10]	Falar, acalmar e distrair a criança para que o profissional se torne num elemento mais significativo, isto é, mais conhecido para a criança. Proporcionar a presença constante de uma pessoa significativa para o lactente (por ex. a mãe) e incentivar a participar em alguns procedimentos, quando tal é possível, uma vez que pode facilitar a colaboração do lactente. Permitir a presença de um brinquedo, por exemplo, uma vez que pode ajudar a tranquilizar o lactente.	Redução significativa da ansiedade e medo.	09/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 05.04.2010 **Hora: 14h00**	Défice de conhecimento relacionado com o regime terapêutico.	Desenvolver conhecimentos sobre o regime terapêutico.	Os pais do lactente demonstraram défices de conhecimento nesta temática, daí a necessidade em levantar este diagnóstico para intervir junto dos mesmos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[05.04.10] Ensinar os pais sobre regime terapêutico. [09.04.10]	Dar informação aos pais acerca do regime terapêutico, nomeadamente, sobre a medicação, assim como ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde.	Conhecimento sobre regime terapêutico do lactente demonstrado.	09/04/10 Daniela Tavares

INICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	JUSTIFICAÇÃO
Data: 05.04.2010 **Hora: 14h00**	Risco para controlo ineficaz do regime terapêutico relacionado com administração de medicamentos.	Reduzir e/ou eliminar o risco de controlo ineficaz do regime terapêutico.	O presente diagnóstico surge devido à dificuldade demonstrada pelos pais do lactente em relação ao regime terapêutico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO	TERMO/ ASSINATURA
[05.04.10] Instruir os pais sobre regime terapêutico. [09.04.10] [05.04.10] Treinar os pais sobre regime terapêutico. [09.04.10]	Dar informação aos pais acerca da medicação actual do lactente como a descrição do tipo de fármaco, a frequência, horários, cuidados a ter, efeitos secundários e vigilância. Basicamente, é uma pré-preparação para a alta.	Aprendizagem de habilidades demonstrada.	09/04/10 Daniela Tavares

2.6 REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DO PLANO DE CUIDADOS

Segundo NUNES ET AL (2005:35): *"o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. Este dever pode decompor-se em duas vertentes: análise do trabalho realizado, cuja característica é ser regular, contínua e, por outro lado, o reconhecimento de eventuais falhas, tendo em conta uma mudança de atitude."*

Ao longo do internamento foi necessário reajustar o plano de cuidados, consoante as necessidades do lactente. Relativamente ao diagnóstico padrão respiratório ineficaz relacionado com presença de secreções, a intervenção de gestão da oxigenoterapia foi suspensa três dias após a admissão do lactente, perante uma redução gradual dos níveis de O2 administrados, ficando em ar ambiente com Sat.O2 entre 95 a 98%. Porém, as restantes intervenções seleccionadas mantêm-se.

Quanto ao diagnóstico de défice de volume de líquidos relacionado com ingestão inadequada de líquidos foi suspenso ao 3º dia de internamento, por não se evidenciarem sinais de desidratação e por se verificar uma ingestão adequada de líquidos.

No decorrer do internamento, o H. apresentou apenas um pico febril no dia 05.04.2010 com 38,7ºC de temperatura timpânica, situação perante a qual se administrou paracetamol rectal, de acordo com prescrição médica, e que surtiu efeito. Apesar deste único episódio febril, o diagnóstico de hipertermia relacionada com processo infeccioso mantém-se, uma vez que se trata de um lactente de 9 meses, com patologia potencialmente infecciosa e com necessidade de vigilância.

No entanto, após o contacto profissional com os pais do lactente julgou-se pertinente o levantamento de dois diagnósticos de enfermagem, tais como: défice de conhecimento relacionado com o regime terapêutico e risco para controlo ineficaz do regime terapêutico relacionado com administração de medicamentos, uma vez que os pais do lactente demonstraram ter dúvidas e insegurança a este nível, para além de serem focos de enfermagem imprescindíveis de preparação para a alta.

2.7 ANÁLISE DA EFICÁCIA DO PLANO

Segundo SIMÕES (2007:22) "*o enfermeiro só pode ter uma actuação fundamentada cientificamente e não rotineira se tiver por base dados exactos, concretos, organizados e registados. Ao indicar os problemas da pessoa, a actuação tida em relação a eles e os resultados obtidos nessa actuação, pretendemos dar continuidade às intervenções de Enfermagem e possibilitar que os cuidados sejam adequados, atempados e o mais eficazes possíveis, assim como contribuir para a produção de conhecimento científico em enfermagem.*"

Nesta fase do Processo de Enfermagem, que consiste na avaliação dos resultados obtidos perante o conjunto de cuidados prestados, o enfermeiro deve-se focar nas alterações comportamentais e do estado de saúde apresentadas pelo lactente, comparando com os objectivos e metas anteriormente definidas. Porém, para além da avaliação propriamente dita, também se deve reflectir acerca da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao lactente e seus respectivos conviventes significativos.

Relacionando, então, com o plano de cuidados, no contexto do padrão respiratório podemos afirmar que houve uma oscilação da sintomatologia durante o internamento, até estabilização para alta. De facto, num determinado momento, o lactente apresentou níveis adequados de Sat.O2 (95-100%) com O2 a 1 L/min, seguida de tentativa de desmame de oxigénio, mas foi uma situação temporária, uma vez que reverteu (Sat.O2 <94% com O2 a 1 L/min) e necessitou de uma maior concentração de O2 para estabilizar. Posteriormente, no dia 07.04.2010 procedeu-se novamente à tentativa de redução de O2, para desmame e desta vez com sucesso, ficando sem O2 e com Sat.O2 a 95-98% em aa. Inicialmente, apresentava tiragem subcostal e intercostal que progrediu para tiragem global ligeira, discreta e praticamente ausente nos últimos dias de internamento. Durante a hospitalização não se verificou qualquer agravamento do SDR.

No que concerne à presença de secreções e respectivas consequências, o lactente apresentava frequentemente secreções semi-fluidas, esbranquiçadas e em moderada quantidade, havendo necessidade constante de aspiração. A tosse que era seca e irritativa num primeiro momento evoluiu para produtiva, tornando-se ausente aquando da alta. A este nível, é importante referir que o lactente apresentava, por vezes, acessos de tosse aquando da ingestão de alimentos, tendo mesmo uma história de vómito com expectoração no 3º dia de internamento. Porém, tratou-se de uma situação pontual que não se voltou a verificar durante o período de hospitalização.

A alimentação sofreu uma evolução relativamente positiva, uma vez que num período inicial o lactente recusava alimentação devido à sua condição clínica, o que lhe provocava uma determinada irritabilidade e mal-estar geral. Porém, com o avançar do internamento o lactente foi-se alimentado e tolerando os alimentos oferecidos, mas nem sempre consumia a totalidade

da refeição. Facto este que podia derivar do tipo de alimentos fornecidos, do sabor que podia ser diferente, assim como do contexto em que se encontrava inserido. Desta forma, tentou-se negociar e fornecer os vários tipos de alimentos disponíveis e adequados para a idade recorrendo, também, aos habitualmente consumidos pelo lactente, o que surtiu algum efeito. Quanto ao meio hospitalar envolvente tentaram-se atenuar os efeitos negativos do local, mas sempre com alguma dificuldade, uma vez que é particularmente difícil reduzir as características típicas do contexto hospitalar.

Em relação à desidratação e, simultaneamente, ao défice de volume de líquidos o lactente apresentou-se colaborante a este nível, ingerindo líquidos em quantidades adequadas, para além do cumprimento da prescrição médica, o que contribuiu para a prevenção da desidratação.

Ao longo de todo o internamento, o lactente apresentou um único pico febril no dia 05.04.2010 com 38,7ºC de temperatura timpânica, perante o qual se administrou paracetamol rectal de acordo com prescrição médica, mantendo-se apirético no restante período de hospitalização.

Com o prolongamento da hospitalização, o lactente desenvolveu uma postura de medo perante os profissionais de saúde devido aos procedimentos por eles efectuados, nomeadamente, pela dor e desconforto provocado. Porém, com a remissão da sintomatologia e, consequente, redução das intervenções terapêuticas verificou-se uma diminuição relativa dessa mesma postura.

No âmbito do papel do prestador de cuidados, neste caso os pais, verificou-se a necessidade de ensinar e instruir os mesmos acerca do regime terapêutico. Estes mostraram-se receptivos e colaborantes, demonstrando alguns dos conhecimentos adquiridos.

Por fim, após esta análise e reflexão, classifica-se o plano de cuidados como parcialmente eficaz, uma vez que nem todos os objectivos estipulados foram atingidos na sua globalidade, assim como as intervenções planeadas nem sempre foi as melhores seleccionadas e adaptadas, sobretudo no contexto da alimentação, pelos motivos anteriormente referidos e perante o conjunto de cuidados prestados.

Todavia, estes problemas poderiam ser atenuados se fosse possível acompanhar o lactente no domicílio, saber de que forma prosseguiu o tratamento e conhecer a sua vivência no contexto familiar.

3. CONCLUSÃO

Na introdução deste estudo de caso foram seleccionados objectivos que se consideraram relevantes atingir, de forma a resumir e a reflectir sobre análise do processo de saúde de um lactente, ao qual se prestaram cuidados no estágio de Pediatria. Com a consecução do presente trabalho, considerou-se terem sido atingidos de forma satisfatória.

O desenvolvimento deste documento consta de uma fundamentação teórica sobre as patologias diagnosticadas, Bronquiolite e Pneumonia, assim como todos os aspectos inerentes que se relacionam directa ou indirectamente com o lactente e respectivo estado de saúde. O presente trabalho inclui, também, o processo de enfermagem, do qual se destaca a elaboração de um plano de cuidados com respectiva reavaliação e análise da sua eficácia, reflectindo assim sobre os cuidados prestados ao lactente e respectivos conviventes significativos, de forma a contribuir para a melhoria da prática de enfermagem.

Um dos aspectos positivos deste estudo foi a possibilidade de desenvolver e aplicar os diferentes conhecimentos teóricos e práticos no contexto da pediatria, destacando a importância do acto de cuidar em enfermagem, que supera a relevância da técnica em si, e como afirma BENNER (2005) "*Há conclusões mais gerais a tirar destes exemplos de cuidados de enfermagem de qualidade excelente, que colocam a tónica no papel central do cuidar genuíno, como um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem. Descrevendo diferentes tipos de cuidados nos diferentes contextos começa-se a compreender o papel do cuidar no processo da recuperação, da cura e da promoção da saúde.*"

A execução deste trabalho permitiu, ainda, reflectir sobre o desempenho enquanto profissional de saúde, pelo que se conclui que o trabalho junto do lactente e respectiva família devia ter sido aprimorado, para aquisição de um melhor e maior conhecimento acerca dos mesmos. Porém, tal facto deveu-se ao curto tempo de internamento, assim como à breve passagem por este serviço, reduzindo assim o tempo disponível para avaliar a dinâmica familiar existente. Desta forma, a selecção do caso para análise constituiu uma outra dificuldade, optando-se pelo presente estudo, uma vez que no momento da selecção foi dos casos que mais interesse suscitou, que detinha maior número de cuidados e maior probabilidade de permanência no serviço.

Em suma, segundo BOCCHI (1996) a realização de um estudo de caso surge como uma estratégia de ensino humanista e problematizadora que contribui, de forma muito positiva, para a formação do aluno, pois aumenta o conhecimento teórico-prático referente à assistência, estimula a autonomia do aluno na tomada de decisões, na solução de problemas e no conhecimento referente à metodologia científica.

BIBLIOGRAFIA

BAGÉ – Secção dois. In: Manual de Condutas Médicas em Pediatria. Brasil: Universidade da Região da Campanha – Centro de Ciências da saúde – Curso de Enfermagem, 2007. pp 41-79.

BENNER, Patrícia. – Implicações para a Investigação e para a Prática Clínica. In: «De Iniciado a Perito». 2ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto, 2005.

BOCCHI, S.C.M. - Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica - avaliação dos alunos. «Revista Latino-Americana de Enfermagem. Brasil. 4: 3 (1996).

CHOONG K, BOHN D. - Maintenance parenteral fluids in the critically ill child. «Pedriatric Journal». Rio de Janeiro: 83(2 Suppl):S3-10.doi102223/JPED.1614 (2007).

DEGLIN, Judith. VALLERAND April. Guia Farmacológico para Enfermeiros. 7ª Edição. Loures: Editora Lusociência 2003.

ENGEL, Joyce. Avaliação em Pediatria. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO – Apontamentos das aulas de Enfermagem Pediátrica. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2009.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO. Guia Orientador, Estágio Clínico IV. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2009.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO. Guião para a realização de trabalhos escritos - Licenciatura em Enfermagem. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2008.

GALHARDO, Fabíola P.L., MARTINEZ, José A.B. – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. «Medicina». Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 36:248-256 (2003).

GRONDIN, Louise [et al]. Planificação dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Medicina e Saúde, [sem data].

LANDAU LI. Bronchiolitis and asthma: are they related? Thorax; 49:293 (1994).

LISSAUER, Tom, CLAYDEN, Graham – Doenças Respiratórias. In: Manual Ilustrado de Pediatria. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2003. pp 215- 231.

MARCONDES. Enfermagem Pediátrica básica: pediatria clínica especializada, Tomo III. 9ª Ediçao. São Paulo: Sarvier, 2004.

MEISSNER, HC. - Selected populations at increased risk from respiratory syncytial virus infection. «Pedriatric Infection Diseases Journal». 22:S40 (2003).

NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

PANITCH, HB. Respiratory syncytial virus bronchiolitis: supportive care and therapies designed to overcome airway obstruction. «Pediatric Infectious Diseases Journal». 22:S83 (2003).

SANTOS, Mariana S. Medicalsuite – Albert Einstein, Bronquiolite: directrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção [em linha]. Brasil: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (revisto em Novembro de 2008) [citado em 7 de Abril de 2010 – 17H15. Disponível em URL: http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/pediatria/Bronquiolite.pdf

SIMÕES, Cláudia Maria Antunes Rego, SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo – Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. «Revista Referência». 2ª Série: 4. (2007).

VERGANI, Karina P. Medicina Net, Bronquiolite em Pediatria [em linha]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (revisto em Janeiro de 2009) [citado em 7 de Abril de 2010 – 17H00]. Disponível em URL: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1487/bronquiolite_em_pediatria.htm

WONG, DONNA L. Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção Efectiva. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Elsevier, 2003.