



No cuidar de Enfermagem à criança e ao jovem, não nos podemos esquecer que tal como nos adultos e idosos, estas faixas etárias representam um grupo de seres holísticos, com as suas dimensões bio-psico-socio-culturo espiritual. No entanto a maneira como esta população expressa e satisfaz as suas necessidades defere dos adultos e idosos.

Então, no cuidar devemos sempre ter em conta os aspectos do crescimento e desenvolvimento, tendo por base as diversas teorias explicativas existentes: Psico-sexuais, psicossociais, cognitivas, aprendizagem e desenvolvimento moral

### ***Teoria Geral dos Sistemas***

**Sistema:** unidade organizada e em desenvolvimento, dinâmica e não estática composta por componentes interdependentes entre si e que existem ao longo do tempo. Um sistema age como um todo, sendo que a disfunção ou mudança de uma parte vai provocar uma perturbação do sistema.

**Sub-sistema:** são as partes componentes de um sistema, mais pequenas, internas, que interagem entre si e definem o sistema.

**Supra-sistema:** São os ambientes mais amplos, envolventes, externos, dos quais o sistema faz parte. Estes ambientes interagem com o sistema num processo de trocas (dar e receber)

**Estrutura:** organização e arranjo das partes componentes quer do supra-sistema, sistema e sub-sistema.

**Fronteira:** cada sistema é rodeado por uma discreta fronteira que o separa dos outros sistemas no ambiente e ajuda a estabelecer a identidade própria do sistema. Não é estanque, ou seja, permite trocas constantes de energia e informação entre o sistema e o seu ambiente. O sistema regula estas trocas estabelecendo o *input e output* (do e para o ambiente, respectivamente).

**Função:** propósitos e metas manifestadas pelas actividades necessárias para assegurar a sobrevivência, continuidade e crescimento do sistema.

**Grau de Abertura:** refere-se à extensão da interacção ou da troca de energia com o ambiente externo. Um sistema aberto é caracterizado como aquele em que existe

uma troca de informação entre os sistemas e o seu ambiente envolvente. Todos os sistemas vivos são abertos.

**Input:** informação, matéria ou energia que o ambiente fornece ao sistema para processamento.

**Output:** informação, matéria ou energia que o sistema fornece ao ambiente como resultado do processamento do *input* – é o comportamento do sistema.

**Stressor e stress:** stressor é qualquer estímulo que produz stress. Qualquer resposta a um stressor que impede, frustra ou cria obstáculos à manutenção do equilíbrio do sistema. Qualquer exigência que é colocada ao sistema, quer social, desenvolvimento, cultura ou fisiológica e que requer uma resposta.

### ***Ecologia do Desenvolvimento Humano***

**Microssistema:** actividades, papéis ou relações entre o sujeito e o seu ambiente, experienciados ou vivenciados num contexto imediato. *Díade:* observacional, actividade conjunta, primária.

**Mesosistema:** inter-relações entre os contextos em que o indivíduo participa activamente.

**Exossistema:** contexto que não implica a participação activa do sujeito.

**Macrossistema:** protótipos gerais, existentes na cultura que afectam ou determinam o complexo de estruturas e actividades que ocorrem nos níveis mais concretos.

**Transição Ecológica:** alteração da posição do indivíduo face a uma modificação no meio ou nos papéis e actividades desenvolvidas pelo sujeito.

**Touchpoints:** nas sociedades modernas: ausência do suporte familiar e os cuidados de saúde tendencialmente prescritivos.

### **Pressupostos Parentais**

- Os pais são peritos nos seus filhos
- Todos os pais têm força
- Todos os pais querem fazer bem aos seus filhos

- Todos os pais têm algo fundamental para partilhar em cada etapa do desenvolvimento
- Todos os pais têm sentimentos ambivalentes
- A parentalidade é um processo construído por tentativa e erro

**Princípios na actuação do enfermeiro:**

- Reconhecer o que trás para a interacção
- Procurar oportunidades para apoiar a mestria
- Usar o comportamento e a linguagem da criança
- Valorizar a desorganização (completar com os apontamentos)
- Valorizar e compreender entre si e os pais
- Estar disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional
- Focalizar na relação pais/criança (começar por falar com os pais para que a criança perceba que não constituímos uma ameaça)
- Valorizar a paixão onde quer que a encontre

**Os “Touchpoints”:**

- Pré-natal: o bebé ideal
- Recém-nascido: o bebé real
- 3 Semanas: poço de energia
- 6 a 8 semanas: o bebé gratificante
- 4 Meses: olhando para fora
- 7 Meses: levantado de noite
- 9 Meses: o dedo espetado
- 12 Meses: andar
- 15 Meses: o trepador
- 18 Meses: rebelde com uma causa
- 2 Anos: chegando ao não
- 3 Anos: idade dos “porquês”
- 6 Anos: o estudante

## Modelo de Sistemas de Neuman

*Teorias que influenciaram este modelo:*

**HUMANISMO**  
**HOLISMO**  
**TEORIA DE GESTALT**  
**TEORIA DE stresse DE SEYLE**  
**TEORIA GERAL DOS SISTEMAS**  
**TEORIA DE CRISE DE CAPLAN**

### **HUMANISMO**

O indivíduo como um ser único  
O propósito da vida humana  
A liberdade individual de escolha

### **HOLISMO**

A reacção do indivíduo corresponde a um todo unificado;  
O todo é diferente e mais do que a soma das partes.

As várias relações entre as partes e sub-partes do cliente  
devem ser adequadamente identificadas antes do  
enfermeiro actuar

*(Neuman, 1995)*

### **TEORIA DE GESTALT**

O processo homeostático permite que o  
organismo se mantenha em equilíbrio e por isso  
tenha saúde

### **TEORIA DE STRESSE DE SEYLE**

#### **Conceitos**

**Stresse** – “a resposta não específica do corpo a qualquer  
solicitação que lhe é feita”

**Resposta não específica** – “a que afecta todas ou a  
maioria das partes de um sistema sem selectividade”

**Stressors** – “os agentes que colocam solicitações ao  
corpo que podem precipitar stress. Podem ser  
benéficos ou prejudiciais”

A síndrome de stresse ou **síndrome de adaptação  
geral** aparece quando um organismo é sujeito a um  
stresse contínuo e prolongado

A síndrome de adaptação **compõe-se de**  
**3 estádios:**

Reacção de alarme  
Resistência  
Exaustão

### TEORIA GERAL DOS SISTEMAS

Os **sistemas abertos** mantêm-se em equilíbrio apesar dos processos contínuos de **importação, exportação, construção e demolição** em constante acção.

O Homem, **sistema em constante transformação**, possui a **capacidade de adaptação** às diferentes **mudanças** que ocorrem no seu meio interno e externo

Os **fenómenos homeostáticos** e a **capacidade de mudança** que contribuem para um equilíbrio dinâmico dentro do próprio sistema.

Num **sistema aberto** as **trocas ambientais** são **recíprocas** – o cliente e o meio ambiente podem afectar-se mutuamente, positiva ou negativamente.

O **input** processado providencia **outputs** como **feedbacks** para **futuros inputs**, criando um padrão organizado dentro do sistema aberto

### TEORIA DE CRISE DE CAPLAN

A **crise** – período transitório que apresenta ao indivíduo tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade quanto um perigo de crescente vulnerabilidade

Após a resolução da crise o indivíduo poderá ficar com maior ou menor capacidade para a resolução de futuros problemas em função da forma como se operou o realinhamento de forças quer a nível da sua personalidade quer do tipo de relações que passa a manter com os outros.

### MODELO DE PREVENÇÃO DE CAPLAN

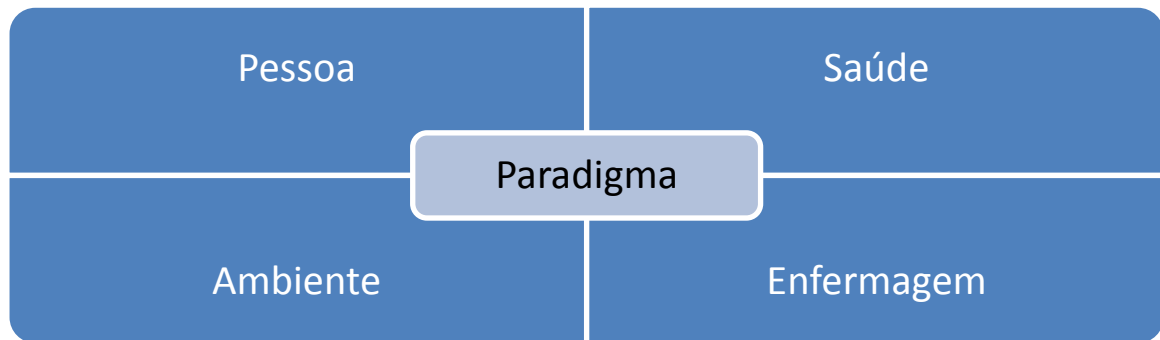
Três níveis de prevenção:

**Prevenção primária** (retenção do bem-estar) – acção sobre os factores prejudiciais antes que se produza a doença.

**Prevenção secundária** – acção visando alterar os factores que levam à doença ou actuar mediante um diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

**Prevenção terciária** - acção visando reduzir a incidência dos efeitos residuais dos problemas.

## Modelo de Sistemas de Neuman



### Conceitos:

- Sistema Cliente

- O Sistema/cliente é visto como um todo englobando todas as variáveis do ser humano (fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e desenvolvimento), incluindo as experiências actuais e passadas
- O sistema/cliente é um sistema aberto, interagindo com o ambiente, ajustando os seus comportamentos e/ou ajustando o ambiente às suas necessidades
- Embora as suas respostas adaptativas sejam comuns a outros sistemas/clientes, a sua singularidade está nas opções específicas que toma.



- Pessoa

**Ser** fisiológico, psicológico, socio-cultural, e espiritual, capaz de se desenvolver.

É um **todo** integral.

É um sistema aberto em constante interacção com o ambiente.



- **Ambiente**



- **Saúde**

- Processo que se **desenvolve ao longo do tempo**.
- É um **continuum de bem-estar** de natureza dinâmica que está constantemente sujeito a mudança.
- A saúde está dependente de vários graus de harmonia ou oscilação entre envolventes **internas e externas**, por meio de um **processo de interacção e ajustamentos**.

- O bem-estar é a **condição na qual todas as partes e sub-partes do sistema/cliente** estão em harmonia com o sistema como um todo, isto é, quando todas as variáveis estão em equilíbrio.
- Um reduzido estado de bem-estar é o resultado de necessidades sistémicas não atendidas.

A saúde equaciona-se com a estabilidade do sistema

Quando o sistema **gera mais energia do que a que consome** orienta-se para o crescimento ordenado do sistema (**anentropia**)

Quando o sistema gera e **consome níveis idênticos de energia** orienta-se para a **estabilidade**

Quando o sistema **consome mais energia do que a que gera** orienta-se para a destruição do sistema (**entropia**)



- **Enfermagem**

- **Alvo**

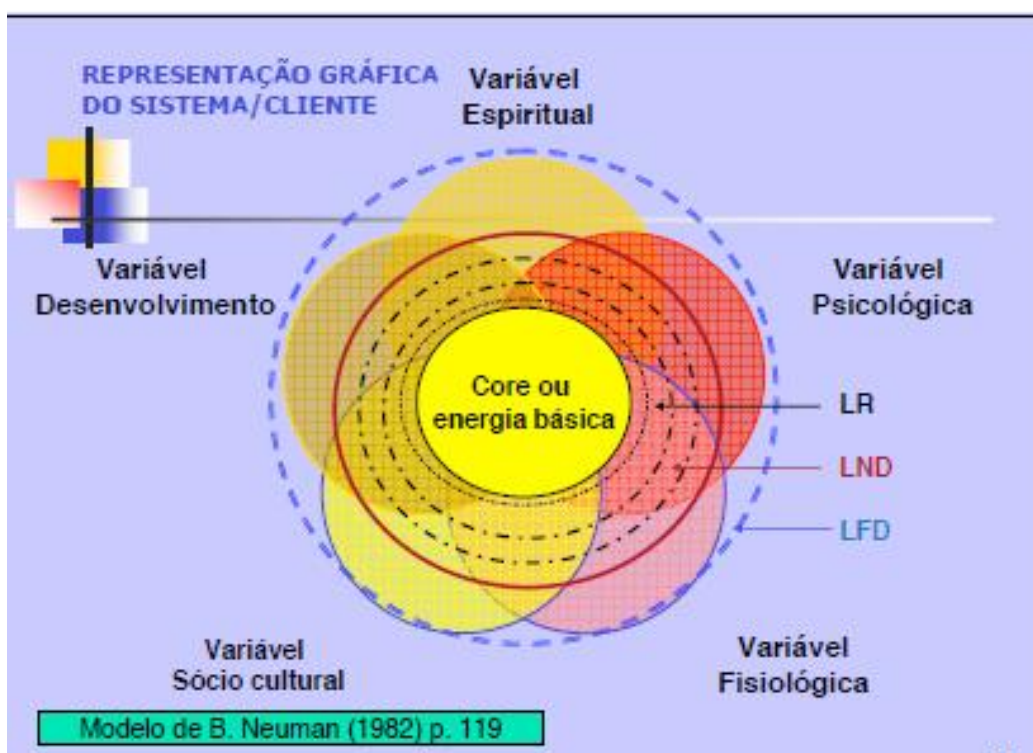
Criança e Jovem  
em constante  
crescimento e  
Desenvolvimento

(Cuidados Centrados  
na Família)

- **Objectivo** – Ajudar o cliente a atingir o nível máximo de saúde através de propostas de intervenção aos três níveis de prevenção, destinadas a fortalecer os mecanismos adaptativos ou a diminuir os factores *stressors*:

prevenção da desadaptação  
restabelecimento da adaptação  
manutenção da adaptação

### *Estrutura do Modelo*





- Linhas de resistência:
  - Conjunto de círculos quebrados que envolvem a estrutura básica
  - Contêm factores que apoiam as linhas de defesa
  - São activas para proteger ou reconstruir o sistema
  - Um mecanismo protector que tenta estabilizar o sistema cliente e proporcionar um retorno ao bem-estar habitual
  - Contém factores de recursos internos e externos, conhecidos e desconhecidos que apoiam a estrutura básica do cliente e a linha norma



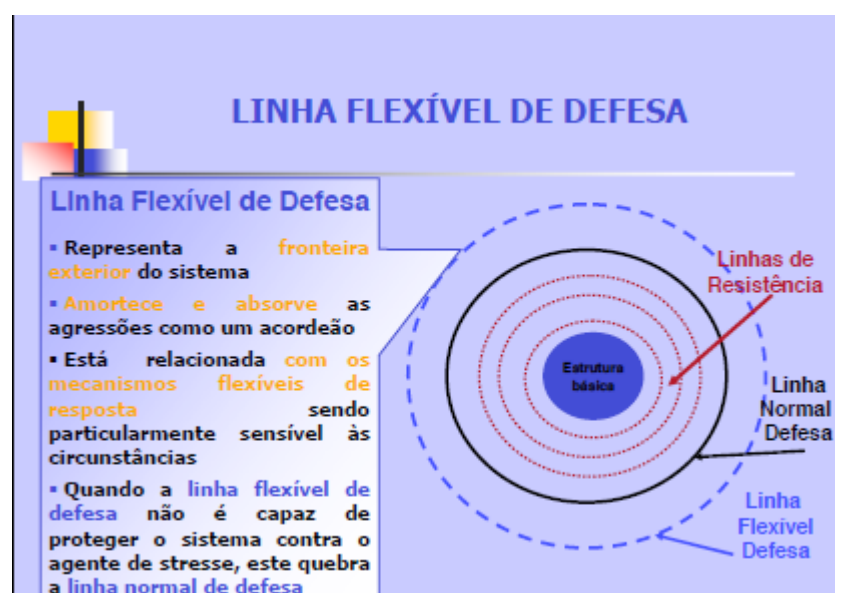
- **Linha normal de defesa**

- O sistema cliente tem um nível de bem - estar ou equilíbrio habitual
- Esta linha representa o que o cliente se tornou ou evoluiu com o passar do tempo
- Define a estabilidade e integridade do sistema
- Padrão da normalidade e ajuda a determinar qualquer discrepância de bem - estar

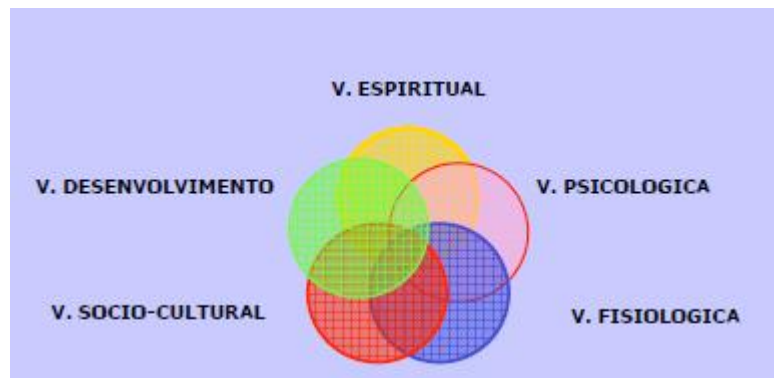


- **Linha flexível de defesa**

- Forma o limite exterior do sistema cliente
- Actua como um sistema mais externo e protector da linha normal de defesa do cliente
- Previne a invasão do sistema cliente pelo stressor



### *Variáveis interactivas*



### *Stress*

- Situação ou condição capaz de causar instabilidade no sistema pela penetração da Linha Normal de Defesa
- A tensão provocada aumenta o potencial ou causa um desequilíbrio ou uma crise/ maturação
- Cada factor de stress:
  - Pode constituir uma ameaça ou corresponder a uma reacção
  - Pode conter determinadas características que exijam vários níveis de intervenção de enfermagem
- Tipos de stressores
  - Intra – sistémicos: estímulos que ocorrem dentro do sistema
  - Inter – sistémicos: estímulos que ocorrem entre dois ou mais sistemas
  - Extra – sistémicos: estímulos que ocorrem fora do sistema

#### **Stressors Intra-sistémicos**

- Infecção, trauma.
- Respostas condicionadas às ocorrências de vida: desgosto, alterações do desenvolvimento)

#### **S. Inter-sistémicos**

- Conflitos familiares, apoio dos colegas da escola mudanças de papeis e de funções, situação de dependências de outrem)

#### **S. Extra-sistémicos**

- Situação de pobreza, privações, mudanças no sistema cultural ou político

(Pearson, A & Vaughan (1992) Modelos para o exercício da enfermagem. Lisboa, ACEPS, p 114)

### ***Reacções do sistema cliente***

- A reacção aos stressores depende do estado das suas linhas de defesa
- As linhas de resistência impedem que os agentes de stress atinjam o *core* – caso sejam ineficazes a vida do sistema poderá estar comprometida.
- A reacção e/ou grau de reacção vai depender da estrutura básica, mecanismos de defesa naturais e aprendidos e do tempo de encontro com o stressor

### ***Reconstituição***

- O sistema cliente adquire novas e melhores capacidades para lidar e superar as agressões, havendo expansão das linhas de defesa
- O sistema cliente foi danificado para além das capacidades das linhas de defesa, resultando em perdas de energia – as linhas de defesa contraem-se

### ***Componentes essenciais do modelo conceptual de Neuman***

#### **Postulados**

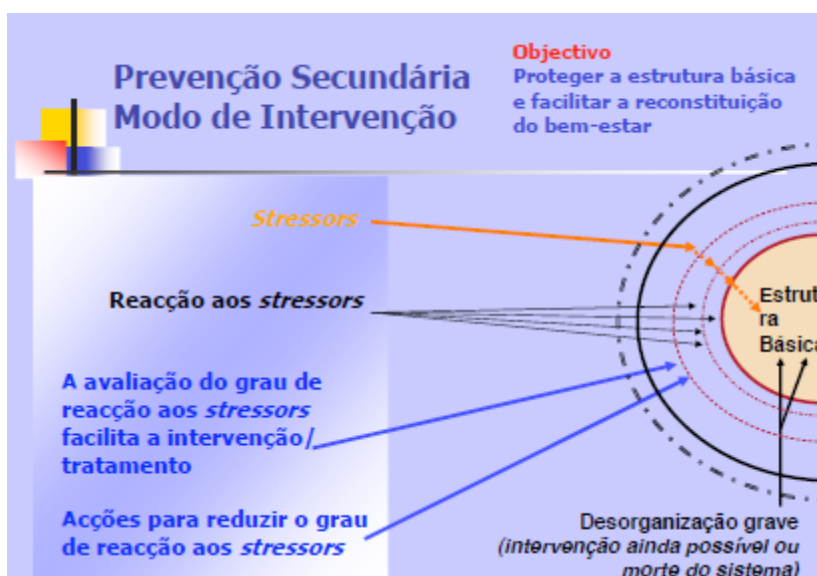
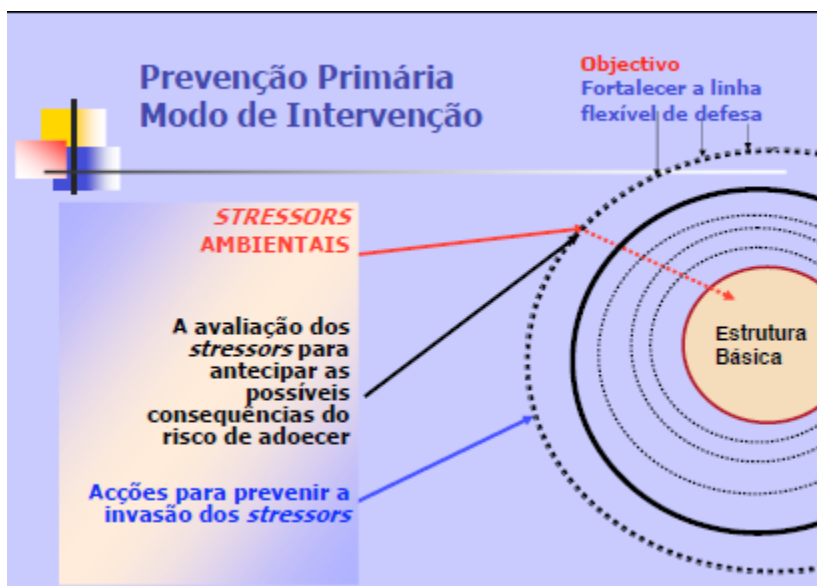
- Os factores de stress diferem pelo potencial para perturbar a linha normal de defesa e podem afectar o grau em que cada sistema cliente está apto para usar a sua linha flexível de defesa contra possível reacção aos stressores
- Cada sistema cliente desenvolveu ao longo do tempo um conjunto de respostas, referidas como linha normal de defesa, ou um estado normal de bem-estar/normalidade. Representa a alteração no tempo verificada com diversos confrontos com stressores. A linha normal de defesa pode ser usada como padrão para medir os desvios de saúde
- O sistema cliente é um sistema aberto em constante interacção com o ambiente
- Cada sistema cliente é único, mas também tem características comuns a todos
- O sistema cliente está sujeito a agentes de stress que podem potencialmente causar um desequilíbrio do sistema. Todos os sistemas procuram equilíbrio
- Cada cliente tem um conjunto de factores de resistência interna, linhas de resistência, que tentam voltar a estabilizar e ajudar a restabelecer o equilíbrio, a voltar ao estado normal de bem-estar ou a um nível mais elevado de estabilidade após a reacção a um stressor ambiental

## Valores

- Os enfermeiros têm o dever de procurar o potencial máximo de estabilidade do sistema cliente
- Os enfermeiros não podem impor os seus julgamentos ao cliente
- O nível da linha normal de defesa não é idêntico para todos os clientes

## Elementos do modelo

- A origem provável das dificuldades experimentadas pelo cliente relacionam-se com factores de stress e a fragilidade das suas linhas de defesa e resistência.







*Níveis de prevenção, sempre com o objectivo de manter ou recuperar a estabilidade do sistema:*

NÍVEIS DE PREVENÇÃO	Descrição das intervenções
P. Primária	Ocorre quando um agente de stresse é identificado, ou se suspeita de algum antes de ocorrer a reacção do sistema Objectivo - Reduzir a possibilidade de um encontro com o agente de stresse; Fortalecer a Linha de Defesa; Prevenir a desadaptação
P. Secundária	Ocorre quando um agente de stresse passou a linha de defesa e causou reacção Objectivo - ajudar o cliente a voltar ao estado de saúde habitual, ou seja, a reconstruir-se. A intervenção é centrada em restabelecer a adaptação ou a estabilidade
P. Terciária	Inicia-se geralmente após o tratamento Finalidade - ajudar a pessoa a manter e a estabilizar o seu estado de saúde Evitar a possibilidade de uma recorrência da reacção ocorrida anteriormente Dirige-se para actividades de manutenção e de tipo educacional. Algumas intervenções são muito semelhantes às do primeiro nível, diferem porque aparecem depois da ocorrência da reacção

### Consequências das intervenções

- Aumento da resistência ao stress
- Diminuição do grau de reacção
- Aumento do nível de bem-estar



# Comunicação na Prática de Enfermagem à Criança e Jovem

## Sumário

1. Enquadramento: relação enfermeiro - cliente / cuidados centrados na família
2. Técnicas de comunicação com a criança e jovem
3. Comunicação enquanto processo triangular em contexto pediátrico
4. Ambiente terapêutico e comunicação em contexto pediátrico

## 1. Enquadramento: relação enfermeiro - cliente

### Objectivos

- Conhecer a unidade familiar
- Compreender as vivências/reacções aos stressors face à situação de saúde-doença
- Compreender os modos de lidar/forças/recursos
- Identificar necessidades de ajuda/orientação



A relação é o “Contexto” de qualquer intervenção de enfermagem

Não existe cuidados sem contexto de relação

“É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico.” (Collière, 1999: 152)



A natureza da relação enfermeiro-cliente como facilitadora do processo de saúde – instrumento terapêutico.

- **Relação interpessoal está subjacente a todo o Cuidado** (Ordem dos Enfermeiros, 2003: 4)  
“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal”

- É impossível não comunicar (Watzlawick, 1993 – “Pragmática da Comunicação Humana”)

▪ Relação de Ajuda como intervenção terapêutica psicológica (Carl Rogers, 1960)

▪ Atitudes de relação de ajuda

- Aceitação incondicional
- Consideração positiva
- Empatia
- Autenticidade, congruência

▪ Aptidões para a relação de ajuda

- Escuta activa
- Resposta empática
- Assertividade (também competência emocional)
- Personalização (vs generalização)
- Auto-revelação

A enfermagem (disciplina) tem reflectido e pesquisado sobre como estar numa **relação profissional de cuidar**

▪ Competências relacionais:

- Técnicas de comunicação
- Habilidades emocionais
- Desenvolvimento pessoal (auto-conhecimento)

(Chalifour, 1993)

Comunicação Terapêutica ≠ Conversa Social

(Riopelle & Phaneuf, 1993)



Técnicas de entrevista



Comunicação centrada no cliente

Objectivos terapêuticos



Bem-estar, adaptação do cliente

### Investigação em Enfermagem

Intencionalidade terapêutica: bem-estar, conforto, apoio, alívio do sofrimento do cliente de aprendizagem.

Riopelle & Phaneuf (1993): a comunicação com o cliente não constitui necessariamente uma relação de ajuda



Níveis de comunicação em Enfermagem:

- Comunicação de cada dia ou funcional
- Comunicação terapêutica ou relação de ajuda
- Comunicação pedagógica ou educação do cliente

Margot Phaneuf (1995): capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia



Relação de Ajuda Formal



Relação de Ajuda Informal

### Técnicas de Entrevista

- Escuta activa, Olhar, Distância
- Toque, Estimular o discurso, Reformulação
- Validação, Repetição, Encorajar
- Afirmação-reafirmação, mostrar caminhos

Margot Phaneuf (2004)

Principal objectivo da filosofia de Cuidados Centrados na Família:

- Envolve a família no processo de cuidados à criança/família



Participação parental:

- Na identificação de problemas e necessidades
- No planeamento e execução dos cuidados de saúde



Visa:

Minimizar os *stressores*



Promover segurança e conforto

Papel de suporte na promoção do bem-estar do seu filho

- Reconhece a entidade familiar como uma constante na vida da criança pelo que a equipa de saúde deverá apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e competência da família (Whaley e Wong, 1999)
- Os enfermeiros capacitam a família (**capacitar**)
- Os enfermeiros potencializam as suas capacidades (**potencializar**)

Na comunicação os enfermeiros têm em conta:

- A consciencialização de que os problemas de saúde-doença representam uma situação traumática não apenas para a criança, mas também para toda a família – situação de crise.
- A hospitalização para a criança constitui uma **experiência** dolorosa e assustadora para a criança e sua família provocando sentimentos como medo, perda e ansiedade... influência no **modo de lidar** com a experiência.

Ana Jorge (2004): um contributo para melhorar o conhecimento das vivências e sentimentos da família na situação específica de hospitalização pediátrica, para que esta possa ser ajudada a transformar a situação de emergência ou mesmo de crise numa oportunidade de desenvolvimento...

Investigação Pediatria/Psicologia

- Brazelton (1990): **factores promotores** da vivência de uma **hospitalização** positiva para a criança e família:
  - Presença dos pais durante todo o internamento
  - O envolvimento dos pais nos cuidados
  - Distribuição de folhetos informativos aos pais sobre os procedimentos de modo a poderem explicar aos seus filhos
  - Visitas de pré-internamento, pré-operatório e outras

- Luisa Barros (1990): doença e hospitalização da criança enquanto **oportunidade de crescimento e desenvolvimento** de estratégias de confronto para a criança e família

## 2. Técnicas de comunicação com a criança e jovem

- Perguntas abertas e não directivas (não ameaçadoras; estimular a descrição e expressão)
- Reforço positivo
- Confiança e tranquilidade (vs tensão e defesa)
- Indicações de interesse e respeito
- Iniciar os diálogos com questões simples, depois mais complexas e profundas

### O que não deve ser feito!

- Interromper abruptamente a conversação
- Não explicar a interrupção da conversa
- Olhar para o relógio sucessivamente
- Olhar vago e distraído
- Conduzir o discurso para outra direcção (fugir ao tema)
- Dar conselhos e soluções prontas
- Mostrar desinteresse durante a conversação
- Negar a vivência da criança/jovem

Elementos de Comunicação do Enfermeiro na interacção com a Criança hospitalizada  
(0-9 anos)

Categoria	Indicadores	Exemplos
<b><u>Expressão facial</u></b>	<b>Olhar afectuoso</b>	Olhar terno; interessado; directo
	<b>Movimentos com a boca</b>	Faz biquinho; movimentos amplos
	<b>Sorridente</b>	Sorri enquanto fala; sorri a cumprimentar
	<b>Tranquila</b>	Fácies tranquilo enquanto executa o procedimento, enquanto fala com os pais

Categoria	Indicadores	Exemplos
<b><u>Tom de Voz</u></b>	<b>Voz amistosa</b>	Fala com meiguice; amigável
	<b>Voz melódica</b>	Fala quase a cantar; arrasta a voz; voz ritmada
	<b>Voz calma</b>	Fala suavemente, calmamente, sem mudanças bruscas de tom
	<b>Voz aguda</b>	Voz fina, voz de “boneca”

Categoria	Indicadores	Exemplos
<b><u>Discurso</u></b>	<b>Utilização de sons e palavras primárias</b>	Dá-dá-dá; bom-bom; faz sons com a boca
	<b>Vocabulário simples</b>	Está a fazer dói-dói?; e já tá!
	<b>Emprego de Onomatopeias</b>	Hupa!; Póim...
	<b>Frases que solicitam o consentimento da criança</b>	Está bem?!; Pode ser?
	<b>Evoca o nome da criança</b>	Vamos lá, Miguel! Está bem assim, Joana?
	<b>Reforço positivo</b>	Estás a portar-te muito bem!; és muito forte!
	<b>Eufemismos (em substituição do nome da criança)</b>	Minha linda!; meu querido!; minha princesinha!; bonequinha; minha menina
	<b>Repetição de frases</b>	Não quero picas!; verbaliza expressões da criança
	<b>Forma diminutiva</b>	Mãozinha; mãezinha; perninha; banhinho; picadinha; devagarinho...
	<b>Palavras no plural</b>	Vamos...; temos de...

Categoria	Indicadores	Exemplos
<b><u>Contacto físico</u></b>	<b>Carícias</b>	Festas na cabeça, no abdómen, nas costas, na cara
	<b>Beijos</b>	Na testa; na cara
	<b>Abraços</b>	Envolvendo a criança por completo; abraça a criança na despedida...
	<b>Dar a mão</b>	Anda no serviço com a mão dada à criança...
	<b>Colocar a mão no ombro</b>	Conduz a criança à sala de procedimentos com a mão sobre o seu ombro; cumprimenta a mãe colocando a mão no seu ombro...
	<b>Pegar ao colo</b>	Passeia a criança ao colo pelo serviço; pega a criança ao colo no gabinete de enfermagem...

Categoria	Indicadores	Exemplos
<b><u>Movimentos corporais</u></b>	<b>Movimentos da cabeça ao ritmo da fala</b>	Movimentação rítmica da cabeça enquanto fala com a criança; enquanto ouve a criança ou pais
	<b>Gestos suaves</b>	Limpa suavemente a sutura; movimenta a mão da criança lentamente; vai buscar a pinça com movimentos ligeiros
	<b>Curva-se na direcção da criança</b>	Aproxima-se do seu campo visual curvando-se
	<b>Postura de acolhimento</b>	Ergue a antebraço e abre a mão apresentando o espaço

- Técnicas verbais e não verbais
- Os componentes não verbais do processo de comunicação emitem mensagens muito significativas (do domínio afectivo-emocional; ambiente terapêutico)
- A criança/jovem guia-se pelo modelo relacional pais-enfermeiro
- Conversar com um urso ou boneco especial para a criança – facilita a “entrada” na interacção
- **Assumir uma posição ao nível do campo visual da criança/jovem**
- As necessidades de brincar não param quando as crianças estão hospitalizadas
- Sala de actividades/educadoras
- Os pais trazem de casa os brinquedos significativos
- Os jovens trazem de casa objectos pessoais: computador, consolas, MP3, ...
- Enfermeiro identifica necessidades de brincadeira e distração e planeia conjuntamente com a criança/jovem, família e educadora

### **RN e Lactentes:**

- ✓ Como e o que comunicam?
  - Usam e compreendem a linguagem não verbal
  - Verbalizam sons compreendidos pelos seus cuidadores
  - Choro manifesta insatisfação ou pedido: fome, dor, fralda suja, solidão ou “falta de colo”
  - Sorrir e palrar
  - Reacções corporais e expressões faciais a estímulos externos (voz, sons altos, movimentos súbitos, música)

#### Como comunicar?

- É difícil obter imediatamente a sua confiança
- Segurá-los com firmeza e na mesma posição que os seus pais o fazem
- Preferem a posição vertical
- Segurá-los numa posição de modo a verem os seus pais
- Utilizar expressões faciais e movimentos com a cabeça
- Emitir sons próximos daqueles que a criança verbaliza



### **Toddles e Pré-Escolares:**

✓ Como e o que comunicam?

- Centrados neles (egocêntricos)
- Ainda não adquiriram habilidades de linguagem suficientes para expressar os seus sentimentos e desejos
- São capazes de comunicar com as mãos e transmitir ideias sem palavras
- Fase do concreto; incapazes de separar o real da fantasia (“agulha grande”)
- Conferem qualidades humanas a objectos (saltar, morder, cortar ou beliscar)

Como comunicar?

- Dirigir a comunicação para a criança
- Evitar a comparação com as experiências de outras crianças
- Permitir que a criança toque, veja por ela própria, descubra por si
- Evitar frases que possam ser interpretadas à “letra”
- Utilizar linguagem adequada

### **Escolares:**

✓ Como e o que comunicam?

- Já possuem domínio da linguagem
- Confiam menos no que vêem e mais no que sabem
- Pensamento mais abstracto
- Procuram explicações e motivos para tudo
- Interessam-se pelo aspecto funcional dos procedimentos, objectos, actividades (aprendizagem activa)
- Preocupação com a integridade física

Como comunicar?

- Conversar sobre os procedimentos, fornecendo explicações com uma linguagem adequada
- Permitir que participem nas conversas com os pais, valorizando as suas ideias, sentimentos e interpretações

- Considerar as suas experiências passadas de saúde-doença
- Recorrer a experiências do próprio enfermeiro para falar sobre a experiência da criança
- Mobilizar assuntos do interesse e actuais para a criança

### **Adolescentes:**

#### ✓ Como e o que comunicam?

- Colaborantes e comunicativos
- Hostilidade, raiva, revolta e isolamento
- Respondem de forma monossilábica (quando menos confiantes)
- Dificuldade em discutir as suas preocupações com um membro da família; partilham com o enfermeiro
- Gostam de sentir que o enfermeiro tem interesse por eles
- Não toleram os que não o respeitam tal como são
- Necessidade de realização de procedimentos (ou quando menos se espera!)

#### Como comunicar?

- Cautela com a interpretação; nem sempre adequam as palavras ao que realmente sentem
- Compreensão, atencioso (mobilizar exp. do próprio enfermeiro)
- Atmosfera aberta e não-tendenciosa
- Não interromper (risco do jovem não voltar a falar sobre si)
- Evitar comentários ou expressões de desaprovação ou surpresa
- Não dar conselhos não solicitados
- Conhecer a sua linguagem, gostos, música ... pedir esclarecimento sobre alguns termos próprios e fala sobre assuntos do seu interesse
- Atenção para indicações de que estão prontos para falar
- Quando os pais estão presentes começar pelo adolescente

(Doc. 2)

- Técnicas verbais (Hockenberry, 2006)
  - **Mensagem de “Eu”:** Eu estou preocupada com os teus tratamentos porque gostava que ficasses melhor.
  - **Técnica da terceira pessoa:** Por vezes, quando um menino fica muito doente pode sentir-se mal, triste, porque não pode fazer o que os outros podem...
  - **Resposta facilitada:** Sentes-te infeliz por causa dos tratamentos e da separação dos teus amigos.
  - **Narração de histórias:** Pedir a criança que conte uma história sobre um menino que está no hospital
  - **Narração mútua de histórias:** Pedir à criança que conte uma história, depois a enfermeira conta uma história semelhante mas com diferenças que ajudam a criança nos seus problemas, dificuldades, medos e fantasias.
  - **Biblioterapia:** Ler histórias para a criança (se ela não for capaz ou pedir); pedir à criança para repetir a história; discutir o significado da história; desenhar sobre a história; envolver a família.
  - **Sonhos:** Pedir a criança para contar um sonho ou pesadelo; explorar o significado do sonho
  - **Três desejos; Jogos de pontuação; prós e contras...**
- Técnicas não-verbais (Hockenberry, 2006)
  - **Escrita:** Escrever pensamentos ou sentimentos difíceis de expressar – “Cantinho das Mensagens”; Manter um jornal ou diário.
  - **Desenho e Pintura:** Projectão do seu interior, Desenho livre, Desenho dirigido – “Cantinho das Mensagens”
  - **Jogos e Brincadeiras:** Linguagem universal, “trabalho-profissão” das crianças, essencial para o seu desenvolvimento

(Doc. 2 + 3)

Brinquedos e jogos preferidos...

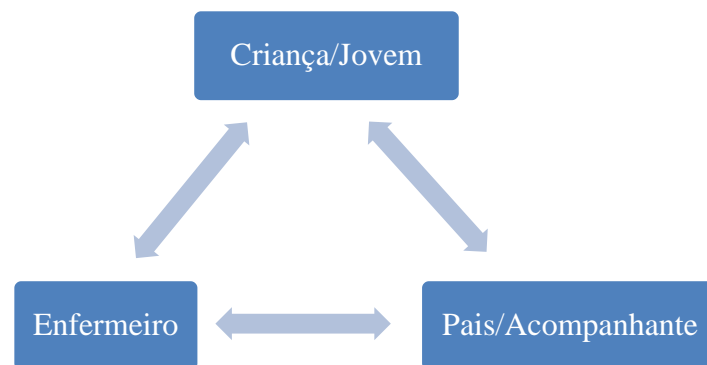
- RN e Lactentes: bonecos macios e que emitem sons; caixas de música, brinquedos coloridos e de encaixe

- Escolares: puzzles e jogos de tabuleiro; jogos de grupo; livros; jogos electrónicos e de computador; pinturas
  - Pré-Escolares: puzzles; ferramentas e objectos do dia-a-dia; peluches; bonecas; livros; jogos de computador e electrónicos; pinturas; casinha de bonecas
  - Adolescentes: jogos electrónicos e computador; livros; música; TV; jogos de tabuleiro
- Funções do brinquedo, da brincadeira e do jogo no hospital: (doc. 3)
    - ✓ Meio que viabiliza um ambiente seguro e contentor
    - ✓ Principal mediador da relação
    - ✓ Dissipa as fantasias negativas e perturbadoras
    - ✓ Treino de estratégias de confronto
    - ✓ Expressão de emoções
    - ✓ Reforço positivo
    - ✓ Espaço de crescimento e desenvolvimento da personalidade
  - Brinquedo Terapêutico:
    - ✓ Modalidade livre ou programada e individual ou em grupo
    - ✓ Encoraja a expressão emocional
    - ✓ Ajuda a criança a lidar com as suas preocupações e medos
    - ✓ Permite ao enfermeiro obter dados sobre necessidades e sentimentos das crianças
    - ✓ Instrumentos de cuidados pediátricos
  - Normas de actuação para “brinquedos”: desinfectação, limpeza, alergias, prevenção de acidentes
  - A Cultura e o brincar
  - Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (1959)
    - “ A criança deve ter todas as possibilidades de se entregar a jogos e a actividades recreativas, que devem ser orientadas para os fins visados pela educação; a sociedade e os poderes públicos devem esforçar-se por favorecer o exercício desse direito.”
  - ✓ Associação Internacional para o Direito da criança Brincar (fundada em 1961)

- Declaração sobre a Criança e o Direito de Brincar
- ✓ Carta da Criança Hospitalizada (1988)

O jogo e o Brincar são as principais actividades da criança, são como que uma Base de Fundo – cenário de experiências primordiais – que funcionam como alicerces para a formação globalizante da Pessoa. (Valeriano & Diogo, 2001)

### 3. Comunicação enquanto processo triangular em contexto pediátrico



- ✓ Parceria
- ✓ Proximidade
- ✓ Envolvimento
- ✓ Confiança
- ✓ Compreensão
- ✓ Reciprocidade
- ✓ Conhecimento



Processo Triangular



Comunicação Criança/Jovem – Família  
– Enfermeiro no continuum temporal  
da relação em construção

- Vivências dos clientes
  - Valorização do papel dos pais e das suas vivências enquanto elementos da equipa de saúde (Ana Jorge, 2004)
  - Valorização das construções e experiências subjectivas infantis (Luísa Barros, 1999)
- Vivência dos enfermeiros (Paula Diogo, 2006)
  - Empatia emocional e identificação com a vivência dos clientes
  - Situações de stress intenso



- O processo de cuidar em enfermagem é um processo relacional, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos (Watson, 2002)
- Qualquer interacção está impregnada de emoções e sentimentos (Goleman, 2002)
- A relação enfermeiro-cliente como intervenção terapêutica implica a gestão das emoções (Lopes, 2006)
- Cuidar em pediatria está intensamente revestido de ressonância emotiva e afectiva (Diogo, 2006)
- A **Comunicação** em enfermagem pediátrica implica o trabalho com as emoções com fins terapêuticos:
  - Gerir emoções dos clientes
  - Gerir os relacionamentos
  - Regular as próprias emoções para cuidar
  - Promover um ambiente afectivo e seguro

#### Gerir as emoções dos clientes

- Fragilidade emocional dos clientes e episódios de cuidados que encerram uma emocionalidade excessiva
- Minimizar os stressors/alívio do sofrimento acrescido
- **Gestão emocional da antecipação:**

Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade; Preparação para os procedimentos; Favorecer a expressão emocional; Reforço positivo; Distracção

**- Gestão das emoções reactivas:**

Envolver a família nos cuidados; Explicar e fornecer informação; Fazer pausas; fomentar a esperança; Colocar-se ao lado; Dar carinho; Diferenciar os momentos; Desviar o foco da atenção

**Gerir os relacionamentos**

- Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projectam na interacção
- A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados

**- Envolvimento emocional**

Ligação afectiva; Proximidade; Conhecimento mútuo; Confiança

**- Gestão de episódios conflituosos**

Abordagem calma e de controlo; Dar espaço para a expressão; Desmontar o problema; procurar a reconciliação; Não fazer juízos de valor negativos

**- Equilíbrio de poderes**

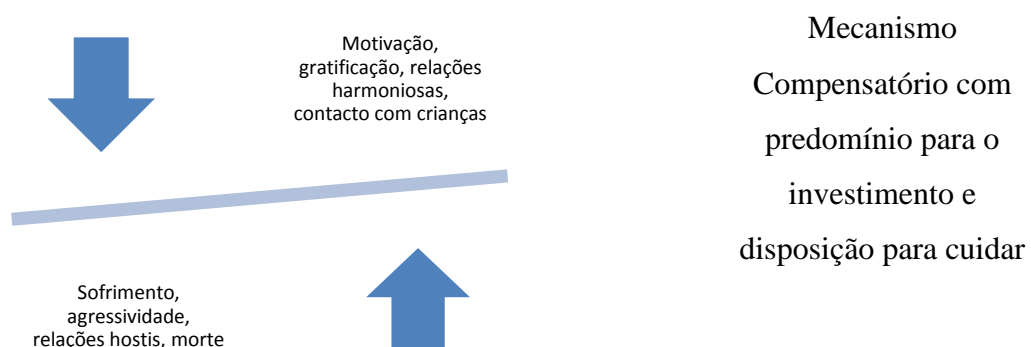
Tomada de decisão partilhada; Dar espaço à função parental; Colaboração mútua; Partilha de informação

**Regular as próprias emoções para cuidar**

Os enfermeiros ao adoptarem os valores do holismo, pareceria e proximidade na relação procurar conhecer o cliente enquanto pessoa, porém experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento. Encontram-se expostos ao distress físico e emocional e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se necessário a sua gestão para conseguirem oferecer ajuda e suporte ao cliente.

Como lidar com a experiência emocional de cuidar?

Como tornar compatível o facto de estar emocionalmente envolvido com o cliente e de o ter de submeter a procedimentos dolorosos?





- Analisar as experiências (auto-conhecimento)
- Partilhar o que se sente
- Compreensão das respostas dos clientes
- Atenuar positivamente
- Não se deixar afectar

#### **4. Ambiente terapêutico e comunicação em contexto pediátrico**

- Cultura dos afectos
- Ambiente seguro
  - Acolhedor e familiar (o mundo de fantasia)
  - Minimizar acidentes

##### Dádiva de afectos nos cuidados

- O afecto é essencial ao desenvolvimento humano
- As crianças apelam ao afecto
- As crianças têm necessidades afectivas
- O afecto promove a confiança e segurança
- Os enfermeiros “gostam muito” de crianças

- Ambiente afectuoso
  - ✓ Acolhedor
  - ✓ Cumprimentar
  - ✓ Expressar afecto
  - ✓ Abordagem familiar
  - ✓ Sintonia familiar
  - ✓ Sintonia com mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada; de filmes ou desenhos animados)
  - ✓ Fotografias para recordar
  - ✓ Despedidas calorosas
- Ambiente seguro
  - ✓ Enfermeiros usam fardas coloridas e com bonecos

- ✓ Acompanhamentos dos pais ou pessoa significativa
- ✓ Ambiente físico do serviço: pintura nas paredes e tectos, vídeos de desenhos animados, brinquedos, música, sala de brincadeiras, espaço jovem
- ✓ Preservar segurança no quarto

## **Crescimento e Desenvolvimento Infantil**

Objectivo:

- ✓ Conhecer os princípios de avaliação do desenvolvimento da criança
- ✓ Identificar factores que promovem ou dificultam o desenvolvimento
- ✓ Identificar os diferentes estádios de crescimento e desenvolvimento infantil
- ✓ Conhecer a “Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II”
- ✓ Compreender a utilização da “Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II” como instrumento de rastreio e intervenção precoce

### **Crescimento**

Processo contínuo e dinâmico que conduz ao aumento do tamanho do corpo

- Mudança na estrutura, funcionamento e complexidade ao nível das:
    - Células
    - Processos metabólicos
    - Processos bioquímicos
  - Aumento do número de células
  - Substituição
  - Hipertrofia
  - Hiperplasia
- Inicia-se na concepção e prossegue até à idade adulta

### **Crescimento e Desenvolvimento**

- Envolve uma mudança de estágio menos avançado para outro de maior complexidade ... mas também pode envolver perdas e mudanças de comportamentos.

Os Componentes interrelacionais do desenvolvimento humano**Desenvolvimento**

Modificações padronizadas, ordenadas, ao longo da vida do Pensamento, das Sensações, do Comportamento

Em consequência de:

- Maturação das capacidades física e mental
- Experiências
- Aprendizagens

**Maturação**

Emerge do potencial genético para a mudança a nível: da forma, da estrutura, da complexidade, da integração, da organização, da função física e mental.

**Conduz:**

- Aumento da capacidade e da adaptabilidade
- Mudança qualitativa
- Mudança na complexidade

## Aprendizagem

Processo de adquirir conhecimento específico e adquirir hábitos

### Através:

- Experiência
- Educação e treino
- Mudança de comportamento

## Crescimento e Desenvolvimento – Grupos Etários

- O crescimento e o comportamento infantil são categorizados em grupos etários ou em estádios de desenvolvimento
- Os limites de cada um dos grupos etários não são rígidos
- Não tem em conta os aspectos individuais de cada criança
- Não podem ser aplicados a todas as crianças com exactidão

Esta categorização permite – descrever as características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas de desenvolvimento aparecem e que as tarefas específicas devem ser realizadas.

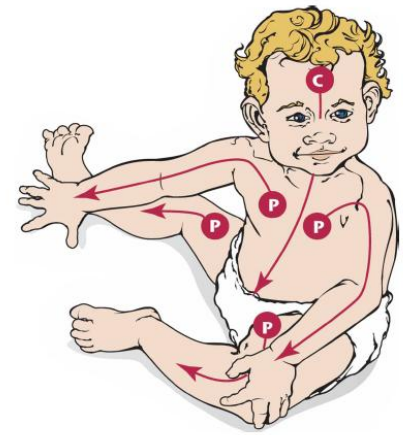
Uma tarefa de desenvolvimento implica uma série de habilidade e competências específicas a cada estágio que as crianças devem realizar ou dominar para lidarem com eficácia no seu meio ambiente.

Pré- Natal	• Da concepção ao nascimento
Lactente	• 0 aos 12 anos
Primeira Infância (1 aos 6 anos)	• Toddler - 1 aos 3 anos • Pré-Escolar - 3 aos 6 anos
Segunda Infância ou Escolar	• 6 aos 11/12 anos
Infância Tardia (11 aos 18 anos)	• Puberdade - 11 aos 13 anos • Adolescência - 13 aos 18 anos

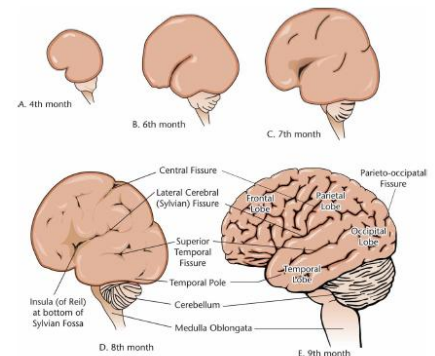
## Padrões de Desenvolvimento

**Direcção Cefalo-Caudal** – da cabeça para as extremidades

**Tendência Próximo-Distal** – da linha média para a periferia



**Diferenciação** – O desenvolvimento físico, mental, social e emocional faz-se a partir de operações simples para actividades e funções mais complexas, do geral para o específico



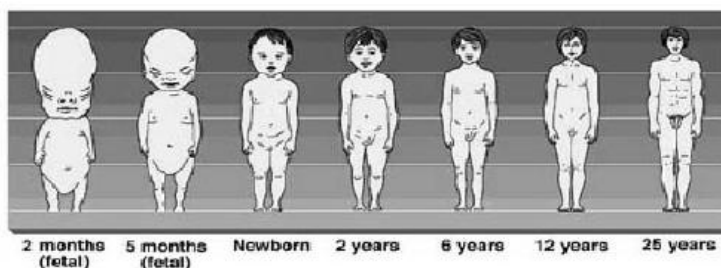
## Princípios da Descontinuidade do Desenvolvimento

Refere-se às modificações em velocidades diferentes do crescimento em períodos de tempo diferentes durante o decurso de vida

As estruturas e os órgãos do corpo crescem em velocidades diferentes

## Princípio da Assicronia

### Proporções corporais



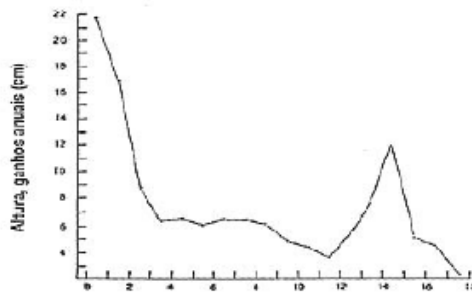
**Princípio da Bilateralidade** – capacidade de crescimento e desenvolvimento é simétrica

**Tendências Sequenciais** – Em todos os aspectos do crescimento e desenvolvimento, existe uma sequência ordenada, contínua, definida e previsível

**Velocidade de Desenvolvimento** – Existe uma ordem invariável e precisa para o desenvolvimento, mas este não ocorre sempre à mesma velocidade e ritmo

Existe uma ordem para o desenvolvimento e crescimento, mas se processa à mesma velocidade

### Curva de velocidade de crescimento



### Factores que influenciam o crescimento e desenvolvimento

- ✓ Hereditariedade
- ✓ Circunstâncias gestacionais
- ✓ Hormonas
- ✓ Família e sociedade
- ✓ Nutrição
- ✓ Influência ambiental e emocional
- ✓ Circunstâncias económicas
- ✓ Normalidade física e psicológica
- ✓ Estimulação intelectual

### **Tendência Secular de Crescimento**



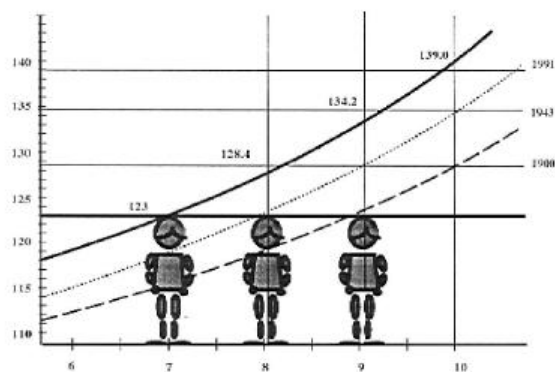


Figura 6-2. Esquema ilustrativo da tendência secular em Portugal.

### O desenvolvimento é influenciável

- O uso de habilidades estimula o desenvolvimento
- O não uso das habilidades pode causar: perda do neurónio e redução ou perda da função
- A capacidade da criança para o desempenho de determinada tarefa física depende:
  - da maturação da estrutura neurológica do cérebro
  - do desenvolvimento do sistema músculo-esquelético

### Desenvolvimento Infantil

#### Questões relacionadas – Avaliação do desenvolvimento infantil

- ✓ O que é?
- ✓ Para que serve?
- ✓ A quem?
- ✓ Por quem?
- ✓ Onde?
- ✓ Quando?
- ✓ Como?

### **Avaliação do Desenvolvimento Infantil**

É o rastreio e aplicação, a todas as crianças que nascem, de certas técnicas que podem ser utilizadas de forma rápida por pessoal menos especializado, susceptíveis de indicar a

presença ou ausência de determinadas deficiências. Se o resultado for positivo, indicando a presença certa ou provável de deficiência, a criança deve ser enviada a um centro especializado de diagnóstico e acompanhamento.

O.M.S. (1967)

## Saúde Infantil e Juvenil

### Programa – Tipo de Actuação

(Direcção Geral de Saúde - 2002)

### Objectivos dos Exames de Saúde

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

#### Periodicidade da avaliação Infantil

Primeiro ano de vida	1 - 3 anos	4 - 9 anos	10 - 18 anos
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1º mês de vida</li><li>• 1 mês</li><li>• 2 meses</li><li>• 4 meses</li><li>• 6 meses</li><li>• 9 meses</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12 meses</li><li>• 15 meses</li><li>• 18 meses</li><li>• 2 anos</li><li>• 3 anos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 4 anos</li><li>• 5 - 6 anos (exame global de saúde)</li><li>• 8 anos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 11 - 13 anos (exame global de saúde)</li><li>• 15 anos</li><li>• 18 anos</li></ul>

## Avaliação do Desenvolvimento

### Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil

**Mary Sheridan e Denver** – Motor grosso, Motor fino-adaptativo, Sensorial, Linguagem, Socialização/cognição, Pessoal social

Schedule of Growing Skills – avalia competências:

- Controlo Postural Passivo
- Controlo Postural Activo
- Locomotoras
- Manipulativas
- Visuais
- Audição e Linguagem
- Fala e Linguagem
- Interacção
- Autonomia Pessoal

➤ Estes instrumentos são utilizados como **rastreio** nos programas de saúde infantil

Escala de desenvolvimento de Griffiths – tem como objectivo fazer a avaliação da criança dos 0 aos 8 anos.

5. Alguns factores que podem influenciar a avaliação do desenvolvimento conduzindo a falsos negativos e/ou falsos positivos

**Princípios da avaliação do desenvolvimento infantil:**

- ✓ A criança deve ser envolvida em actividades lúdicas
- ✓ A criança deve estar confortável
- ✓ Explicar aos pais o objectivo do teste
- ✓ A sequência da aplicação do teste deve ser flexível e adequada às circunstâncias
- ✓ Começar por uma área de competências que possa ser avaliada sem interferências

Idade (meses)	Controlo Postural Passivo	Controlo Postural Activo	Locomotoras	Manipulativas	Visuais	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia Pessoal	Cognitivas	Idade (meses)
60 meses			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32	60 meses
48 meses			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28	48 meses
36 meses			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 meses
30 meses			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20	30 meses
24 meses			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16	24 meses
18 meses			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 meses
15 meses			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9	15 meses
12 meses		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6	12 meses
10 meses		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4	10 meses
8 meses		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2	8 meses
6 meses	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1	6 meses
3 meses	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2			3 meses
1 mês	3 2 1	2		1	3 2		1	1			1 mês
0 meses		1			1	1					0 meses
Áreas de Competências	Controlo Postural Passivo	Controlo Postural Activo	Locomotoras	Manipulativas	Visuais	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia Pessoal	Cognitivas	

## Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II

**Aptidão no controlo postural passivo:** Permite avaliar os movimentos e o controlo passivo da criança, em diferentes condições, impostas pelo examinador.

Esta área de competência é avaliada do 1 – 6 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Decúbito dorsal
- Decúbito ventral
- Tracção pelas mãos para se sentar
- Postura sentada

**Aptidão no controlo postural activo:** Permite avaliar os movimentos, as actividades locomotoras que a criança realiza activamente sozinha, sem intervenções do examinador.

Esta área de competência é avaliada do 0 – 12 meses

Está dividida em grupos de competência ou subescalas que são: (imagens)

- Decúbito ventral
- Posição de sentado
- Posição de pé

### **Competências de locomoção**

Esta área de competência é avaliada do 9 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Locomoção
- Escadas

**Competências manipulativas:** Esta competência inicia-se com a observação das mãos

Esta área de competência é avaliada do 1 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Aptidão manual
- Cubos
- Desenho
- Desenho da figura humana

**Competências visuais:** Analisa a resposta funcional a estímulos visuais

Esta área de competência é avaliada do 1 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Função visual
- Compreensão visual

**Competências na audição e linguagem**

Esta área de competência é avaliada do 0 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Função auditiva
- Compreensão da linguagem

**Competência na fala e linguagem**

Esta área de competência é avaliada do 1 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Vocalização
- Linguagem expressiva

**Competências na interação social:** Relaciona-se com as respostas sociais a estímulos provenientes do meio ambiente

Esta área de competência é avaliada do 1 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Comportamento social
- Brincar

**Competências na autonomia pessoal:** Avalia a capacidade para realizar tarefas relacionadas com o grau de autonomia individual

Esta área de competência é avaliada do 6 – 60 meses

Está dividida em grupos de competências ou subescalas que são:

- Alimentação
- Higiene e vestir

## Apreciação Física da Criança – Exame Físico

### Objectivos:

- ✓ Conhecer os princípios da apreciação da criança
- ✓ Conhecer padrões normais do crescimento na criança
- ✓ Identificar os desvios aos padrões normais e as alterações observadas
- ✓ Compreender a importância da observação física da criança e do jovem nos cuidados de enfermagem

### Focos de atenção no exame físico:

1. Medidas de crescimento: antropometria
2. Medidas fisiológicas: sinais vitais
3. Observação sistematizada
4. Avaliação neurológica

#### ▪ Medidas de crescimento

Perímetro cefálico: A medida da circunferência da cabeça que se obtém colocando a fita métrica bem esticada sobre a porção mais saliente do occipital, acima do pavilhão auricular e ao centro frontal.



### Tabela de percentil do perímetro cefálico

0 – 36 meses – perímetro cefálico/idade

**RN** – Média de 35 cm de Perímetro Cefálico

90% dos RN apresentam valores de PC entre 33 e 37 cm

1º Trimestre – 2cm/mês
2º Trimestre – 1 cm/mês
3º Trimestre – 0,5cm/mês

No fim do primeiro ano de vida o cérebro atingiu aproximadamente 2/3 do seu tamanho de adulto.

**2º Ano de vida** – aumenta cerca de 2cm (desaceleração do crescimento cerebral)

No fim do 2º ano devida o cérebro atingiu aproximadamente 4/5 do seu tamanho de adulto.

**Dos 6 aos 12 anos** - (o cérebro cresce menos que anteriormente) de 51 cm para 53-54 cm

**Aos 12 anos** – o cérebro já atingiu praticamente o tamanho adulto

### Peso

- Peso médio do RN – 3,200 kg
- Perda de peso fisiológico – 200 a 400 grs (10% do peso à nascença)
- Recuperação do peso – a partir do 10º dia aumenta 150 a 200 grs por semana

O peso reflecte o estado de saúde, sendo a base para determinar as suas necessidades nutricionais e a dosagem de medicação.

A pesagem na criança deverá ser feita à mesma hora e antes das refeições.

Despir completamente a criança e colocá-la na balança (idade < 1 ano)

- > 1 ano ficar com a roupa interior
- < 3 anos podem ser pesada ao colo e descontar depois o peso do adulto, excepto RN e crianças com atrasos de crescimento

- O peso tem um aumento progressivo:
  - ✓ 1º semestre – aproximadamente 600grs/mês
  - ✓ 6º mês – duplica o peso à nascença
  - ✓ 2º semestre – aproximadamente 500grs/mês
  - ✓ 12 meses – triplica o peso à nascença
  - ✓ 6 anos – duplica o peso dos 12 meses

Comprimento – até aos 3 anos / Craveira

Altura – > 2 anos / Estadiómetro

RN – comprimento médio 50 cm

1º ano de vida – aumenta 25 a 30 cm

1º semestre – 2,5 a 3 cm/mês
2º semestre – 1,5 a 2 cm/mês





2º ano de vida – Cresce cerca de 12 cm (desaceleração na velocidade de crescimento)

Do 3º ao 5º ano de vida – cresce cerca de 12 cm

Do 6º ao 10º ano de vida – corresponde a um período de crescimento constante que termina no surto de crescimento da pré-adolescência, por volta dos 10 anos na rapariga e dos 12 anos no rapaz



Surto de Crescimento da Pré-Adolescência (2º período de crescimento rápido)

- ✓ No rapaz entre os 13 e os 15,5 anos – cresce em média 20 cm, metade dos quais durante o ano de crescimento mais rápido
- ✓ Na rapariga – o surto de crescimento começa cerca de 18 meses mais cedo e fica quase completo pelos 13,5 anos, crescendo cerca de 8 cm durante o ano de crescimento mais rápido

Depois dá-se uma desaceleração na velocidade do crescimento

Perímetro torácico – é a medida da circunferência torácica, que se obtém colocando a fita métrica bem esticada em volta do tórax ao nível dos mamilos (criança deitada).



Perímetro abdominal – é a medida da circunferência abdominal que se obtém contornando o abdómen da criança com a fita, a nível da cicatriz umbilical (criança deitada).



**PERCENTIL** – Indica a posição que uma criança ocupa, em relação a uma dada medição numa série típica de 100 (perímetro cefálico, peso, altura ou comprimento e índice de massa muscular).

Peso:

0 – 24 meses – peso/idade

2 – 20 anos – peso/idade

Comprimento:

0 – 24 meses – comprimento/idade

2 – 20 anos – estatura/idade

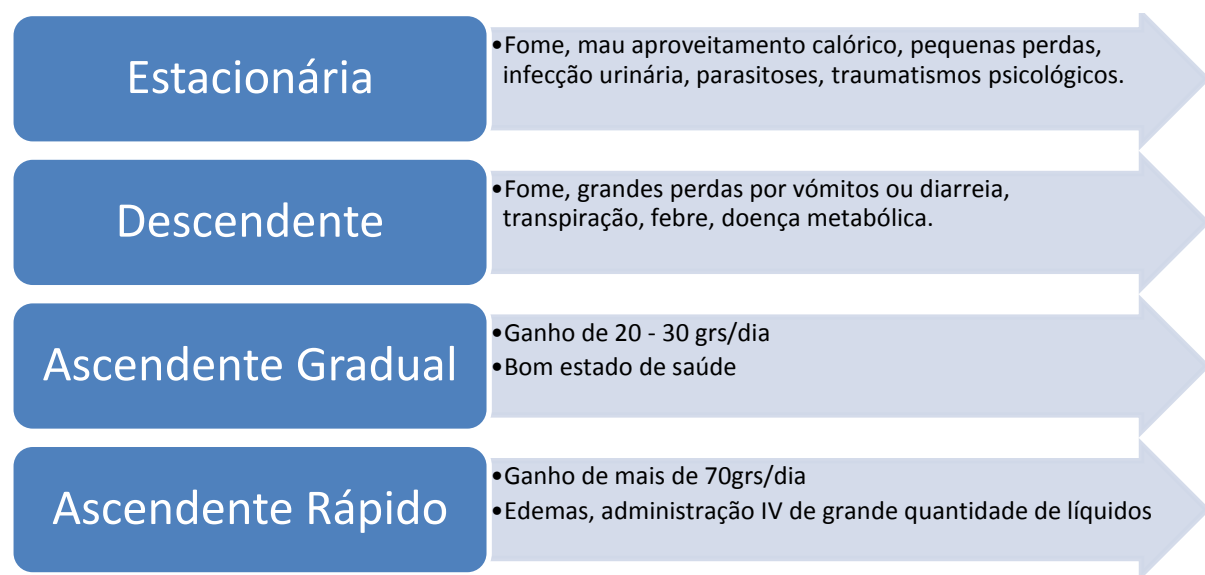
2 – 20 anos – Índice de massa corporal/idade

IMC= Peso/Altura<sup>2</sup>

Obesidade > percentil 95

Excesso de peso > percentil 85 e < percentil 95

Curva Ponderal



- É fundamental a avaliação da curva de evolução do peso, altura, perímetro cefálico e índice de massa muscular.
- São mais importantes e significativas as mudanças bruscas das curvas de evolução (cruzar percentis), do que os valores absolutos do peso, altura e perímetro cefálico.
- As mudanças entre os percentis 25 e 75 são menos significativos.
- As crianças de percentil abaixo de 5 ou superior a 95, requerem maior vigilância.
- A relação peso/altura pode ser significativa na avaliação do estado nutricional da criança.
- Os dados obtidos através dos percentis só são significativos associados à história de saúde da criança.

## Medidas fisiológicas: sinais vitais

### ✓ Temperatura:

Locais de avaliação da temperatura na criança:

Rectal: 36,5 – 37,5°C (risco de perfusão intestinal)

Axilar: menos 0,7°C que a temperatura rectal

Oral: semelhante à rectal (mais indicada para domicílio)

Timpânica: mais indicada para utilização clínica

- A cada 0,4°C de aumento de temperatura corporal dá-se um aumento de 10 batimentos cardíacos por minuto.
- Em cada grau de elevação de temperatura acima do normal a frequência respiratória aumenta 2 a 3 ciclos por minuto
- A febre pode originar: cefaleias, prostração, excitação psicomotora, convulsões

### ✓ Frequência Cardíaca

Locais para avaliação da frequência cardíaca: (avaliar características)

Sobre o ápice cardíaco

Artéria femoral

Artéria carótida

Artéria braquial

Artéria pediosa dorsal

Frequência Cardíaca Por Idade (valores normais)	
Idade	FC/M
RN	100-160
1-11 meses	85-170
1-2 anos	70-150
3-5 anos	72-140
6-10 anos	68-130
11-14 anos	65-120
>15 anos	55-100

### ✓ **Frequência Respiratória**

Tipos de respiração: (avaliar características)

- Abdominal ou diafragmática (característica do lactente)
- Toraco-abdominal (pré-escolar)
- Torácica (após os 7 anos)

<b>Frequência Respiratória por Idade (valores normais)</b>	
<b>Idade</b>	<b>FR/M</b>
RN	30-50
1-11 meses	24-45
1-2 anos	22-38
3-5 anos	21-30
6-10 anos	18-24
11-14 anos	14-20
>15 anos	14-20

### ✓ **Pressão Arterial**

Locais onde avaliar a PA na criança:

Braço – artéria braquial

Antebraço – artéria radial

Coxa – artéria popliteia

Perna – artéria tíbia posterior

→ Escolher a braçadeira mais adequada à criança e avaliar com a criança calma e relaxada.

<b>Pressão Arterial por Idade (valores normais)</b>	
<b>Idade</b>	<b>PA</b>
RN	(60-90)/(40-60) mmHg
1-11 meses	(94-104)/(50-60) mmHg
1-2 anos	(98-109)/(56-63) mmHg
3-5 anos	(100-115)/(59-71) mmHg
6-10 anos	(105-123)/(67-80) mmHg
11-14 anos	(110-131)/(64-84) mmHg
>15 anos	(113-130)/(50-84) mmHg

Aspecto geral (subjectivo)

- Fácies (dismorfias, expressão emoções/bem-estar)
- Aspecto físico (pele, mucosas, cabeça, face, ...)

- Estado de nutrição (emagrecimento, bom estado)
- Comportamento Personalidade (agitado, agressivo, alegre)
- Interação com os pais e enfermeiro (comportamento)
- Postura (correcta, assimetria)
- Movimento corporal (estereotípias)
- Desenvolvimento
- Linguagem (discurso coerente/fluyente/confuso)
- Higiene (aspecto cuidado/pouco cuidado)

Pele

Cabelo

Pregas Palmares

Cabeça e Pescoço:

- Face

- Gânglios

- Crânio – Fontanelas:

- Fontanela anterior (encerra entre os 12 e os 18 meses)

- Fontanela posterior (encerra por volta dos 2 meses)

- Olhos

- Visão

- Pavilhões auriculares:

- Implantação baixa – pode estar associada a atraso mental

- Pólipos ou fissuras – alterações renais

- Ouvidos

- Nariz

- Boca e orofaringe

➤ Testes de avaliação sensorial

## **Erupção dos dentes**

O 1º dente aparece geralmente por volta dos 6 meses, mas é muito variável.

**1ª Dentição** – 20 dentes (dentes de leite ou caducos)

- 6-12 meses – 8 dentes incisivos
- 12-18 meses – 4 primeiros pré-molares
- 18-24 meses – 4 caninos
- 24-30 meses – 4 segundos pré-molares

Regra para calcular o número de dentes em crianças até aos 2 anos:

Idade (meses) – 6 = nº dentes

**2ªDentição** – 32 dentes (dentes definitivos)

- 6 anos – 4 primeiros molares
- 10-12 anos – 4 segundos molares
- 18-21 anos – 4 terceiros molares

A erupção dos dentes definitivos é mais precoce na rapariga que no rapaz

- Torax
- Abdómen
- Genitais
- Dorso e membros
- Dorso

### Avaliação dos Reflexos no Recém-Nascido

REFLEXOS	COMO PESQUISAR	RESPOSTA ESPERADA	PRESENTE ATÉ
<b>SUCÇÃO E DEGLUTIÇÃO</b>	•Estimula-se o RN colocando a sua mão ou o nosso dedo mínimo na boca da criança.	•O RN deverá sugar e fazer movimentos de deglutição.	6-8 Meses
<b>PREENSÃO PALMAR/PLANTAR</b>	•Coloca-se um objecto cilíndrico (lápiz ou nosso dedo) na raiz dos dedos do RN	•Deverá fechar os dedos segurando o objecto, ou flectir os dedos.	2-3 Meses
<b>MARCHA AUTOMÁTICA</b>	•Eleva-se o RN pelo tronco e apoia-se os seus pés numa superfície plana.	•Deverá elevar as pernas alternadamente como se estivesse a andar.	3 - 4 Meses
<b>MORO</b>	•Estimulação: Segurar o bebé em posição semi-sentada; deixar que a cabeça e o tronco descaiam para trás num ângulo de pelo menos 30°	Abdução e extensão simétrica dos membros superiores, os dedos afastam-se formando um C com o polegar e o indicador; os membros superiores fazem um movimento de adução na posição de abraço e retornam à flexão e movimentos relaxados. Os membros inferiores podem apresentar idêntico padrão de resposta.	3-5 Meses
<b>CILIAR OU PESTANEJO</b>	•Toca-se ao de leve nas pestanas do RN.	•Deverá fechar as pálpebras com firmeza.	Durante toda a vida
<b>QUATRO PONTOS CARDIAIS</b>	•Tocam-se ao de leve os quatro cantos da boca.	•Deverá procurar com a boca o local do estímulo.	6 Meses
<b>TÓNICO CERVICAL</b>	•Fazer rotação rápida da cabeça para um lado.	•Deverá fazer extensão dos membros desse lado e flexão dos membros do lado oposto.	6 Meses (a permanência para além dos 6 M pode significar lesão cerebral)

## Reflexos

### MORO

Segurar o bebé em posição semi-sentada; deixar que a cabeça e o tronco descaiam para trás num ângulo de pelo menos 30°.

Abdução e extensão simétrica dos membros superiores, os dedos afastam-se formando um C com polegar e o indicador; os membros superiores fazem um movimento de adução na posição de abraço e retornam à flexão e movimentos relaxados. Os membros inferiores podem apresentar idêntico padrão de resposta.



Presente até aos 3-5 meses

### MARCHA AUTOMÁTICA

Eleva-se o RN pelo tronco e apoia-se os seus pés numa superfície plana.

Deverá elevar as pernas alternadamente como se estivesse a andar.



Presente até aos 3-4 meses

### BABINSKI

Pressiona-se com a unha no centro até à raiz dos dedos.

A criança faz a extensão e afasta os dedos e flecte o pé.

Presente até aos 18-24 meses



### TÓNICA CERVICAL

Fazer rotação rápida da cabeça para um lado.

Deverá fazer extensão dos membros desse lado e flexão do lado oposto.

Presente até aos 6 meses (a permanência para além dos 6 meses pode significar lesão cerebral)



## PRESSÃO PALMAR

Colocar um objecto cilíndrico (lápiz ou nosso dedo) na raiz dos dedos do RN.

Deverá fechar os dedos segurando o objecto, ou flectir os dedos.

Presente até aos 2-3 meses





## A Criança e a Dor

*As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao máximo*

(5º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada)

### Objectivos

- Identificar factores que influenciam a percepção da dor na criança
- Identificar reacções/ manifestações de dor nos diferentes grupos etários
- Enumerar princípios de avaliação e controlo da dor na criança
- Descrever os métodos de avaliação e controlo da dor em crianças
- Reconhecer a importância do uso de anestésicos (EMLA® e Sucrose)
- Justificar a importância do uso de medidas não farmacológicas
- Identificar medidas não farmacológicas utilizadas, face às características de cada grupo etário

### Sumário

- Enquadramento
- Factores que influenciam a percepção da dor na criança
- Reacções/manifestações da dor na criança
- Princípios de avaliação da dor criança
- Métodos de avaliação da dor na criança
- Métodos de controlo da dor na criança

### Conceitos...

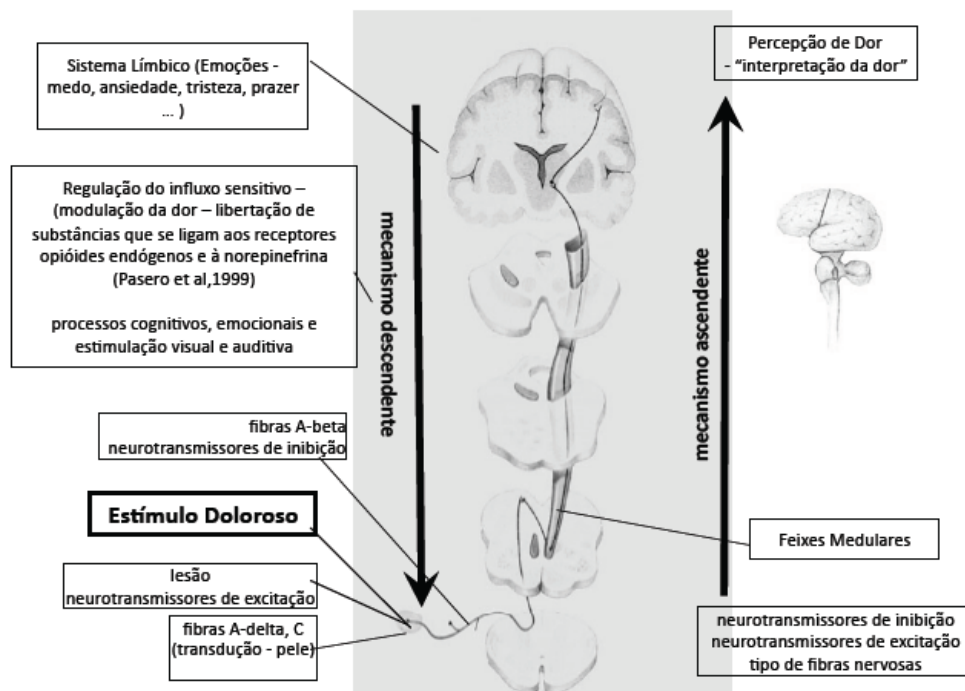
*“...uma experiência sensorial e emocional, geralmente desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nestes termos”*

IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 1979)

*“**Dor crónica:** dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.”*

Portal da Saúde

## Teoria do Controlo da Portão – Melzack e Wall (1965/87)

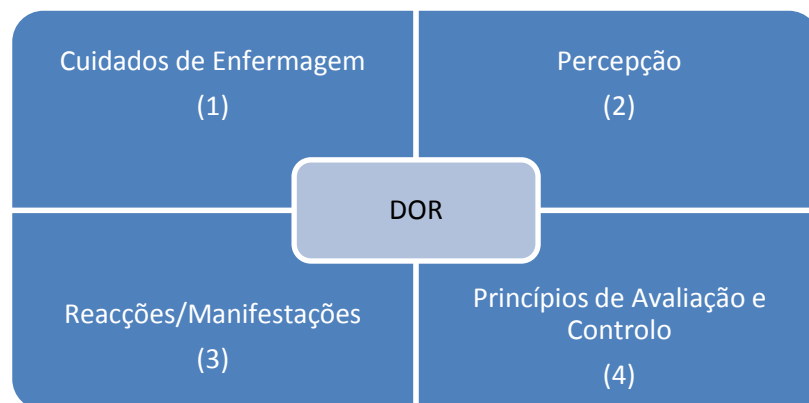


### Mitos

- Apenas em 1987 se começa a enfatizar a dor como “algo negativo, causador de sofrimento e não modeladora de carácter” (**Pereira – 2000, página 86**)
- Ainda em 1952 o cérebro do recém-nascido era descrito como imaturo , funcionando inicialmente como centro reflexo e em seguida como centro de reacção. Só recentemente a criança atingiu o estatuto de pessoa, sendo comum negligenciar-se os cuidados de saúde de alívio da dor (**Biscaia, s/d**)
- Receio de sobre-medicação potenciando o risco de depressão respiratória e perigo de adiação
- Lactentes não sentem dor
- As crianças toleram melhor a dor que os adultos
- As crianças não conseguem localizar a dor
- As crianças dizem sempre a verdade a respeito da dor
- As crianças acostumam-se à dor ou a procedimentos dolorosos
- As manifestações corporais reflectem a intensidade da dor
- A criança metaboliza fármacos mais lentamente que um adulto (**Wong – 2006, página 600**)

**Evidência Científica**

- Eland (1975) – apenas metade de 25 crianças operadas receberam algum tipo de analgesia
- Mather (1981) – a prescrição em SOS era interpretada pelas enfermeiras como “o mínimo possível”
- Schechter (1986) – a prescrição em SOS é interpretada por médicos e enfermeiros como “o menos possível”; as crianças recebem metade dos analgésicos dos adultos , com situação patológica idêntica
- Monteiro, A. (1990) – 14 adultos e 14 crianças: as crianças receberam menos de metade dos analgésicos dos adultos (42%) todos no intra-operatório; apenas 13 % eram opióides fracos administrados I.V.. Das crianças apenas 9 tinham prescrição – paracetamol rectal, 5 em SOS; dos adultos todos tinham prescrição, de pelo menos 2 analgésicos IV – 1 opióide fraco (tramal) e um não opióide, com um deles em horário regular.
- Monteiro, A. (2002) – a avaliação da dor pós-operatória de 30 crianças: as médias da intensidade da dor pós-operatória foram globalmente elevadas; as mães, enfermeiras e a investigadora avaliaram a intensidade da dor das crianças significativamente mais baixas em relação à auto-avaliação das crianças

**(1) Cuidados de Enfermagem**

*Os cuidados de enfermagem estão na base de uma gestão eficaz da dor*

McCaffery (1994) e Sullivan (1994)

As competências de Enfermagem inerentes à gestão eficaz da dor são:

- Avaliar a dor do doente
- Utilizar estratégias de alívio da dor
- Avaliar a necessidade de alteração nas estratégias
- Comunicar ao médico as conclusões das avaliações da dor

## **(2) Percepção da Dor**

Pode-se considerar a dor infantil como complexa devido a:

- Mediadores de percepção e do comportamento da dor: predisposição biológica, características individuais da criança, ambiente familiar e percepção de apoio social.
- Antecedentes de dor
- Concomitantes de dor
- Consequências da dor
- Estratégias de conforto

### (3) Reacções/ Manifestações de Dor

Recém-nascido	Lactente	Toddler	Pré-escolar	Escolar	Adolescente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• resposta corporal generalizada envolvendo rigidez ou agitação e afastamento da área estimulada</li> <li>• choro alto</li> <li>• expressão facial de dor (sobrancelhas descidas, boca aberta)</li> <li>• não demonstra associação entre aproximação do estímulo e dor associada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta corporal localizada com afastamento da área estimulada</li> <li>• choro alto</li> <li>• expressão facial de dor ou raiva (igual ao RN mas de olhos abertos)</li> <li>• Resistência física empurrando o estímulo para longe depois de aplicado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lábios apertados</li> <li>• balança com o corpo</li> <li>• agitação ou agressividade (pontapés, bater, morder, atirar com objectos por raiva)</li> <li>• foge da dor por considerar um "coisa", tem mais medo da dor do que a criança escolar</li> <li>• verbaliza a dor mas não sabe identificar o tipo ou intensidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbaliza que "magoa", não compreende o conceito de que "esta picada magoa mas vai fazer com que fiques melhor"</li> <li>• tem capacidade de apontar para a zona dolorosa</li> <li>• tenta persuadir o enfermeiro a não realizar o procedimento</li> <li>• responde positivamente a preparações antecipatórias (ao contrário dos toddlers)</li> <li>• localiza a dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesmos comportamentos referidos anteriormente menos no período antecipatório</li> <li>• verbaliza a dor, sente-se talvez responsável por ela, relacionando os acontecimentos</li> <li>• atitude passiva perante a dor</li> <li>• Rigidez muscular, punhos fechados, dentes cerrados, testa franzida, olhos fechados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciência abstracta dos aspectos psicológicos e emocionais da dor</li> <li>• capacidade de compreender as causas, consequências e tratamento</li> <li>• regressão a alguns traços característicos das idades anteriores (p.e. afastar-se dos outros)</li> <li>• Menos comportamentos de protestos verbal ou actividade motora, mas mais expressões verbais "isso dói"</li> <li>• Maior tensão e controlo corporal</li> </ul>

### (4) Princípios de Avaliação e Controlo da Dor na Criança

- Questionar a criança: história da dor – definição de dor para a criança (dói dói, ai...) e as experiências anteriores de dor (identificar e quantificar)
- Usar escalas de avaliação da dor – nas crianças com menos de 3 anos, nas que se recusam a cooperar ou nas que não estão em condições de auto-avaliarem a sua dor devem usar-se escalas de hetero-avaliação. Nas crianças entre os 3 e os 8 anos devem usar-se escalas de auto-avaliação modificadas. A partir dos 3 anos as crianças são capazes de indicar os vários níveis de dor se lhes forem proporcionados os meios e a oportunidade.

### Escalas de Auto-Avaliação:

**Escala de Faces** (Wong e Baker – 1988): usada a partir dos 3 anos

**Escala de Cores** – Usada a partir dos 5 anos

**Escala Numérica** – Usada a partir dos 8 anos (De 0 a 10)



**Escala Analógica Visual** –

usada a partir dos 8 anos



### Escalas de Hetero-Avaliação:

**NIPS - Escala de Avaliação da Dor para RN (1993)** – Pontuação total de 0 a 7, sendo a partir de 3 considerada dor significativa

**FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolation)** – utiliza-se com crianças entre os 2 meses e 7 anos de idade

**OPS - Escala Objectiva da Dor** – utiliza-se em crianças dos 0 aos 18 anos

- a. Avaliar o comportamento e alterações fisiológicas: idade, nível de conhecimento cognitivo, enquadramento familiar e religioso, respostas fisiológicas que indiquem presença de dor.
- b. Assegurar a participação dos pais:
  - Que palavras usa a criança para se referir à dor?
  - Descreva experiências anteriores de dor da criança
  - O seu filho diz-lhe quando tem dor?
  - Como é que o seu filho reage normalmente à dor?
  - Sabe quando o seu filho tem dor?
  - O que costuma fazer quando o seu filho tem dor?
  - O que é mais eficaz no controlo da dor do seu filho?
  - “**Todos pais, se pudessem, absorveriam para si próprios as dores dos filhos**” (Salgueiro – 1998)

- c. Considerar a causa da dor: inexistência de padrão entre a causa e nível de dor e ter em conta que o nível de dor pode influenciar a evolução da patologia
- d. Actuar e avaliar os resultados: medidas farmacológicas e não farmacológicas e avaliar sistematicamente os resultados.

## Medidas Farmacológicas

### *Analgésicos:*

- Não opióides: Salicilatos, Paracetamol, AINE's
- Agonistas Opiáceos: Morfina, Codeína, Tramadol, Metadona
- Agonistas Parciais Opiáceos: Buprenorfina, Pentazocina
- Antagonistas Opiáceos: Naloxona, Naltrexona
- Outros anestésicos: **EMLA** e **Sucrose**

**EMLA:** mistura entre dois anestésicos – lidocaína + prilocaína – com acção a nível dos receptores das terminações nervosas A (mielínicas) e C (amielínicas), penetrando em todas as camadas da pele.

- **Apresentação:** EMLA penso a 5% (1g) ou EMLA Creme a 5% (5g)
- **Indicações:** *prevenção da dor aguda* na criança e no adulto em procedimentos como: punções venosas, arteriais, capilares, lombares, injeções intramusculares e subcutâneas, inserção percutânea de cateteres centrais, pequenos gestos cirúrgicos sob anestesia local (p.e. biopsia), laserterapia, excisão de lesões cutâneas, toracocenteses, entre outras. Pode também ser usado no *tratamento da dor crónica* em lesões pós-herpéticas, cicatrizes dolorosas pós-cirúrgicas.

Peso	Dose	Creme
5 kg	0.5 g/ 0.5 ml	1/10 Bisnaga
10 kg	1 g/ 1 ml	1/5 Bisnaga
15 kg	1.5 g/ 1.5 ml	1/3 Bisnaga

- **Tempo de Oclusão**
  - Punções superficiais: tempo mínimo de 1 hora
  - Punções profundas (p.e. Punção lombar, injeções IM e SC, inserção percutânea de cateteres centrais e pequenos actos cirúrgicos): tempo mínimo 2 horas

- A duração e profundidade da anestesia é proporcional ao tempo e local de administração, devendo-se cobrir com um penso oclusivo transparente e anotar a hora de aplicação
- **Dose**
  - Creme 1 a 2,5g / 10 cm<sup>2</sup> de pele seca e limpa
  - Penso 1g / 10 cm<sup>2</sup> de pele seca e limpa
  - Respeitar as doses máximas de lidocaína e prilocaína por Kg de peso – 5mg / kg
- **Precauções:** dos 3 aos 12 meses de idade não utilizar mais do que 1g para uma área não superior a 10cm<sup>2</sup>, devendo-se utilizar uma menor dose em caso de:
  - RN – 0.5g e menor tempo de oclusão – 30 minutos
  - Feridas e mucosas
  - Dermite atópicas – aplicar durante 15 minutos
  - Tratamentos com Sulfamidas
  - Gravidez e aleitamento
- **Efeitos adversos:** palidez, seguido de eritema e edema transitório induzido pelos anestésicos locais
- **Contra - Indicações:**
  - Hipersensibilidade aos anestésicos locais tipo amida
  - Alergia à penicilina
  - Metahemoglobinémia congénita ou idiopática
  - Feridas abertas
  - Mucosas
  - Proximidade aos olhos
  - Idade inferior a 3 meses e peso inferior a 5kg devido ao elevado risco de toxicidade

**Sucrose Oral/Sucção Não Nutritiva:** dissacárido composto por glicose e frutose. O sabor doce induz analgesia, modulando a resposta à dor. Reduz as respostas fisiológicas, bioquímicas e comportamentos da criança à dor (estimula a produção de endorfinas), sendo hidrolisada em glicose e frutose, lentamente, no intestino.

- **Administração:** na parte anterior (extremidade) da língua, pois é o local onde se concentram as papilas gustativas para o gosto *doce*, utilizando-se a chucha ou



uma seringa para gotas. Caso se administre com a chucha, deve-se mergulhar na solução e oferecer ao bebé, caso seja através da seringa deve-se introduzi-la na ponta da língua e deixar que o bebé determine o ritmo de administração para que não haja o perigo de se engasgar.

- **Doses:** dose única – 2ml a 24% por seringa ou chucha, entre 2 a 5 minutos antes do procedimento
- **Qual a eficácia e benefícios da Sucrose:** diminui a percepção sensitiva da dor durante os procedimentos dolorosos.
- **Especificações:** 24% de sucrose e 76% de água
- **Precauções:** não reutilizar ou esterilizar
- **Instruções para o uso:** utilizar 5 minutos antes do procedimento, repetindo-o se necessário.

### Medidas Não Farmacológicas

Este tipo de medidas influenciam factores cognitivos e emocionais (Melzak e Wall, 1982), inibem/regulam a transmissão de estímulos dolorosos e aumento o controlo descendente dos mesmos (Wong e Wilson, 1995).

- **Distracção:** durante o procedimento dizer à criança que se concentre em gritar mais alto ou mais baixo consoante a intensidade da dor; pedir à mãe ou pai para que lhe contem uma história ou pedir à própria criança que a conte; usar o humor através de desenhos animados na televisão ou livros, histórias engraçadas ou brincadeiras de criança; deixar a criança brincar com o brinquedo que queira
- **Relaxamento:** ajuda a criança a controlar a ansiedade antes do início do procedimento, deve-se utilizar antes do episódio doloroso ou antes de se atingir uma intensidade dolorosa mais elevada. Nos bebés e crianças mais pequenas o relaxamento é feito através do contacto próximo com o adulto significativo, aconchegando-se ao seu corpo. Não se pretende um relaxamento profundo e voluntário, mas sim acalmar a criança.
- **Imaginação Guiada:** pede-se à criança para que pense num local em que goste muito ou em qualquer outra coisa que lhe dê prazer, como estar com os amigos, pais, comer gelados... Deve descrever pormenorizadamente, atendendo aos detalhes sensitivos. O enfermeiro deve fazer perguntas à criança acerca da situação para que a criança pense mais intensamente nela.

## Promoção da Saúde da Criança e do Jovem ao Longo do Desenvolvimento I

Objectivos:

Compreender as estratégias de promoção de saúde infantil e juvenil

- Conhecer as metas decorrentes do Plano Nacional de Saúde 2004-2010
- Compreender os focos de atenção relativos à Saúde Infantil e Juvenil
- Identificar as linhas mestras do Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil
  - Conhecer o Programa
  - Conhecer as actividades

Promoção da Saúde

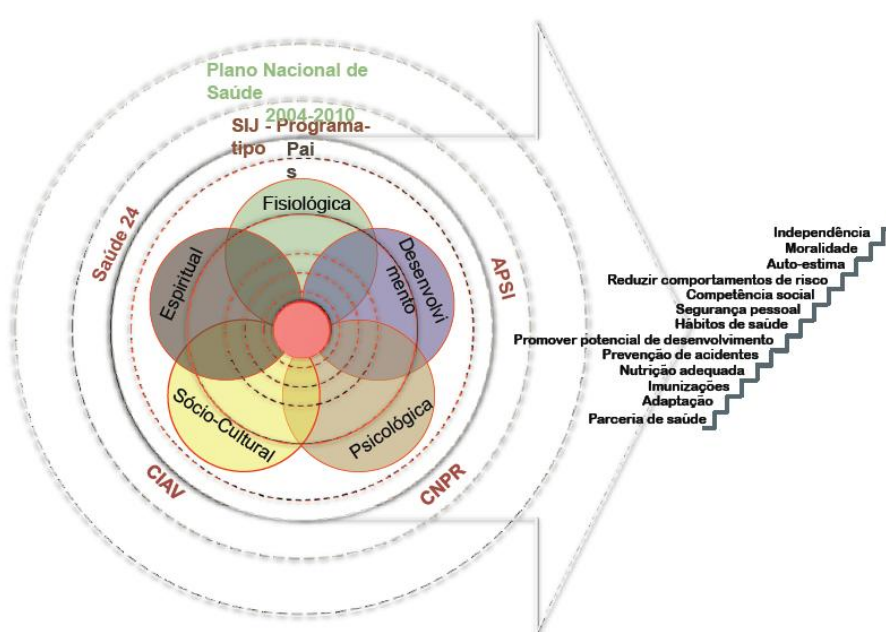
Estratégias destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar físico, social, psico-emocional, espiritual e de desenvolvimento do indivíduo, família e comunidade.

Adaptado de Stanhope & Lancaster (2008)

### Evolução da Saúde Infantil e Juvenil

- Os recém-nascidos de baixo peso, associado à baixa idade gestacional, e com problemas cardiocirculatórios e respiratórios, muitas vezes relacionados com hábitos tabágicos e alcoólicos ou infecções por DTS nas mães, continuam a fazer aumentar os indicadores da morbimortalidade deste grupo.
- Portugal continua a ser o país da EU com a mais alta taxa de incidência de sífilis neonatal.
- Continua a assistir-se a:
  - Alta percentagem de gravidezes em adolescentes (entre os 14 e os 16 anos) que não frequentam a escola
  - Gravidezes não vigiadas ou insuficientemente vigiadas em franjas da sociedade com más condições de vida.
- Nos adolescentes, os principais problemas relacionam-se com o comportamento: sedentarismo, desequilíbrios alimentares, comportamentos violentos, acidentes, maternidade e paternidade precoces, consumo de álcool, tabaco e drogas.

- O cancro, a asma, a DM, a doença crónica ou a deficiência continuam a afectar os adolescentes.
- Outros problemas de saúde têm emergido, principalmente as de carácter sócio-cultural
- maus-tratos, violência sobre a mulher e a criança -, a que muitas vezes está associada a infecção pelo VIH e pelo bacilo de Kock no grupo das crianças e dos adolescentes.
- Os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável. Não se sabe, no entanto, qual a morbilidade associada à obesidade, à bulimia, à anorexia, à saúde mental e às DTS. A mortalidade por acidentes e causas externas continua a ser elevada.
- Os indicadores de morbilidade e de mortalidade relacionados com doenças infecciosas diminuíram, graças à cobertura pelo PNV e à acessibilidade aos cuidados de saúde.
- A mortalidade infantil tem vindo a decrescer (3,3% em 2008).
- 61% de mortalidade infantil ocorre no período neonatal e por anomalias congénitas (as cardiovasculares ocupam o 1º lugar).
- A mortalidade neonatal tem vindo a decrescer: 2,1% em 2004.



## Plano Nacional de Saúde 2004-2010

- ✓ Problemas: acidentes (viação e domésticos); Cancro, Asma e DM; Problemas de saúde mental e de comportamento; Exclusão social; Alimentares: obesidade, consumo de açúcar e sal; Sedentarismo; Stress; Hábitos de sono; Comportamentos sexuais de risco; Gravidez indesejada, na adolescência e insuficientemente vigiada; Doenças infecciosas: SIDA e/ou tuberculose, sífilis congénitas, infecção meningocócica; RN de baixo peso e com problemas cardio-respiratórios.

- ✓ Estratégias:

**Abordagem centrada na família e no ciclo de vida:** promoção da educação para a saúde, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções pelos técnicos de saúde.

- **Nascer com saúde:** entre outras, facilitação do acesso à saúde reprodutiva; maior atenção às adolescentes e às minorias étnicas, assim como aos hábitos tabágicos e alcoólicos, ao diagnóstico e tratamento das IST e à saúde mental das grávidas; visita domiciliária; erradicação da sífilis congénita; aumento da taxa de cobertura das puérperas.
- **Crescer com segurança:** melhoria da articulação e parceria entre serviços, promoção do aleitamento materno, redução da morbilidade e mortalidade por acidentes, intervenção precoce e acompanhamento das crianças portadoras de deficiência.
- **Uma juventude à descoberta de um futuro saudável:** melhoria na qualidade do acesso ao atendimento; reforço das actividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução e da actividade preventiva do risco, das perturbações comportamentais alimentares, do sedentarismo; estabelecimento de parcerias entre as instituições de educação e de saúde; incentivo à adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis.

## Programa - Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil

- **Prioridades:**

- Apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis;
- A redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde;
- O reconhecimento dos pais como principais prestadores de cuidados.

- **Linhas Mestras:**

- Calendarização das consultas para “idades-chave”, correspondentes a (...) etapas do desenvolvimento psico-motor, socialização, alimentação e escolaridade;
- Harmonização das consultas com o esquema cronológico de vacinação;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança;
- Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questão de saúde das crianças e jovens.

## Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação

### Objectivos:

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento;
- Estimular a opção por comportamentos saudáveis;
- Promover o cumprimento do PNV; a suplementação vitamínica e mineral; a saúde oral; a prevenção de acidentes e intoxicação, dos riscos decorrentes da exposição solar e das perturbações da esfera psico-afectiva;
- Detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida da criança;
- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças mais comuns;
- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/ deficiência e às suas famílias e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados;
- Assegurar o aconselhamento genético, se indicado;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência;

- Promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde;
- Apoiar e estimular a função parental.

Actividades:

- ✓ Consulta de enfermagem
- ✓ Visita domiciliária
- ✓ Trabalho em equipa

Cabe à equipa de saúde identificar as necessidades especiais de cada criança e definir um programa individual de vigilância e promoção de saúde que facilite o desenvolvimento das capacidades e potencialidades (Saúde Infantil e Juvenil. Programa - tipo de Actuação, 2005, p.20)

- Periodicidade dos exames de Saúde

1º Ano de vida: 1ª semana de vida; 1º, 2º, 4º, 6º, 9º mês;

1-3 Anos: 12, 15, 18 meses; 2, 3 anos;

4-9 Anos: 4, 5-6 (exame global de saúde), 8 anos;

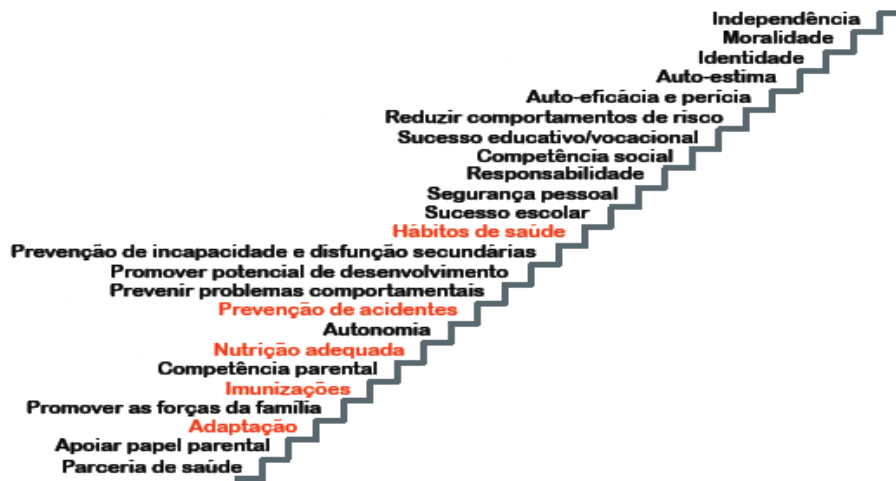
10-18 Anos: 11-13 anos (exame global de saúde), 15, 18 anos;

Exame de saúde oportunista

Vigilância segundo a singularidade da criança/ do grau de risco

- Intervenção em função do risco:

- Risco: “a possibilidade de ocorrer um acontecimento indesejável (doença, acidente ou morte) a um indivíduo ou grupo de indivíduos.
- Factor de risco: as características, as condições de vida de uma pessoa – ou de um grupo – que as expõem a um risco potencial de contrair ou desenvolver um processo mórbido, ou as tornam mais susceptíveis de sofrer os seus efeitos nocivos.
- A metodologia de avaliação de risco em saúde infantil permite definir o tipo de vigilância de saúde, de acordo com as necessidades da criança e as prioridades, e a rentabilização dos recursos materiais e humanos onde eles são mais necessários.

Objectivos:

## Consulta de Enfermagem em Saúde – Infantil e Juvenil

**Fases:**

- Preparação
- Execução
- Avaliação, registo, plano de cuidados

Preparação

- Leitura do processo: identificação/ revisão dos problemas e elaboração do plano de consulta;
- Preparação dos materiais identificados como necessários.

Execução

- Acolher e compreender o estado emocional do utente pediátrico;
- Saber se houve algum problema, se teve necessidade e foi a alguma outra consulta e se está a fazer alguma medicação;
- Perguntar:
  - Como dorme, come, reage às pessoas e à estimulação e se entretém;
  - Se gosta e está adaptado à creche, ao Jardim de Infância, à Escola;
  - Se pratica alguma actividade desportiva e que actividades de tempos livres tem, no caso de a criança ser mais velha.

- De acordo com o PNV e registar a vacina administrada, o lote, a dose e a data, escrevendo a lápis o dia/o mês/ o ano da próxima e validando informação sobre os efeitos secundários que se poderão vir a observar;
- Se necessário, encaminhar o utente, validando que este compreender onde vai e para quê, comunicando oralmente ou por escrito com o serviço em causa.

### Após Consulta

- Marcação de próxima
- Registo do observado, da entrevista, dos problemas identificados e das questões pendentes
- Avaliação do plano de cuidados e reformulação

## Visita Domiciliária

### Objectivos:

- Investigar uma situação aparentemente problemática
- Assistir o utente em caso de necessidade
- Fazer educação para a saúde

### Pressupostos

- Estabelecer prioridades e definir a população alvo
- Identificar pessoas ou grupos de risco, como por exemplo:
  - ✓ Período perinatal, período de introdução de novos alimentos
  - ✓ Situação de doença ou deficiência da mãe ou criança
  - ✓ Criança com problemas de desenvolvimento ou insucesso escolar
  - ✓ Crises ou problemas familiares (como toxicodependência, alcoolismo, delinquência)
  - ✓ Mãe adolescente, solteira primípara ou com muitos filhos
  - ✓ Ausência às consultas ou à vacinação
- Trabalhar em equipa (saber o que já foi feito)
- Promover reuniões de equipa de enfermagem e interdisciplinares
- Articular com CSD e com outras instituições ou técnicos no terreno
- Articular recursos



### Preparação

Identificação do problema

Recolha de dados no processo familiar, na ficha, junto dos técnicos, de outros serviços de saúde ou líderes locais

Fazer o plano da visita domiciliária: onde e quando; problemas identificados; objectivos; acções a desenvolver – conteúdo e estratégias.

Organizar material, se necessário

### Realização

Apresentação e explicitação do motivo da visita

Prestar os cuidados de acordo com o planeado, mas com flexibilidade – ouvir, apoiar e ajudar o utente a tomar decisões utilizando os seus próprios recursos (individuais e familiares)

Validar os conhecimentos, orientar e realçar os aspectos considerados pertinentes

Marcar nova VD ou lembrar próxima consulta

Nota: a duração, embora seja adaptada a casa situação, habitualmente é de 30 minutos

### Registo

Registar o que observou em termo físicos (tipo de habitação, espaço, luz, cheiro, arrumação, materiais, roupa) e da relação entre os elementos da família.

### Avaliação

Confrontar o planeado com o realizado

Actualizar o plano de cuidados inicial

### Conclusão

A VD é uma actividade nobre do enfermeiro, porque a pessoa está no seu meio ambiente.

Existindo maior privacidade e eventualmente maior disponibilidade da sua parte e da parte do enfermeiro, a VD favorece:

- A expressão de sentimentos e de dificuldades
- A observação da dinâmica familiar *in loco*
- O estabelecimento de uma relação personalizada

## Alimentação

- Vertentes da alimentação:

Nutricional

De educação e adaptação social:

- Comunicação efectiva
- Aprendizagem de regras
- Desenvolvimento de capacidades

- ✓ 1º Ano de Vida:

- Alimentação exclusivamente láctea nos primeiros 4 meses de vida – Aleitamento materno/aleitamento artificial/aleitamento misto
- Introdução dos novos alimentos aos 4,5 meses se alimentada por leite artificial; 6 meses se amamentada.
- Princípios a tender
- Sequência dos alimentos

### Princípios a atender na introdução dos novos alimentos:

- Início quando o bebé saudável
- Se o bebé resistir ao novo alimento, dar apenas 2-3 colheres de chá do mesmo e completar a refeição com leite
- Quando o novo alimento for bem aceite, substituir a refeição de leite por esse alimento
- Para introduzir um novo alimento, fazer um intervalo de 1 semana
- Dar os novos alimentos à colher que terá de ser bem introduzida na boca para contrair o reflexo de extrusão e facilitar a deglutição

### Introdução de novos alimentos:

- A ordem pela qual os alimentos se introduzem não é rígida
- A água deve ser oferecida
- Os alimentos, a fornecer mais tarde, devem ser cozidos, grelhados ou estofados

Nota: os alimentos de boião poderão ser utilizados como recurso ocasional

**Novos alimentos – Idade (introdução gradual)**

- Papas (tipos) – 4,5 ou 6 meses
- Sopa de legumes – 4,5 ou 6 meses
- Fruta – 5 ou 6 meses
- Iogurte simples – 6,5 meses
- Sopa de legumes com carne (6 meses) ou peixe – 7 a 9 meses
- Ovo – 9 a 12 meses
- Aos 12 – 15 meses, a criança partilha do padrão alimentar da família, desde que a comida seja pouco temperada e os alimentos sejam cozidos, grelhados ou estofados

- Podem ser introduzidos morangos, citrinos, leguminosas secas, para além do leite de vaca

- A criança deve partilhar o convívio familiar às refeições

✓ 1 – 5 Anos de Vida

- Leite (0,5l/dia) e derivados (20-30 grs/dia)
- Carne ou peixe (40-60 grs/dia); 1 ovo
- Azeite, manteiga (20-30 grs/dia)
- Farinha, pão, arroz ou massa (100 a 200 grs/dia)
- Folhas verdes, cenoura, tomate, batata (150 grs/dia)
- Fruta fresca (200-300 grs/dia)

✓ Adolescência

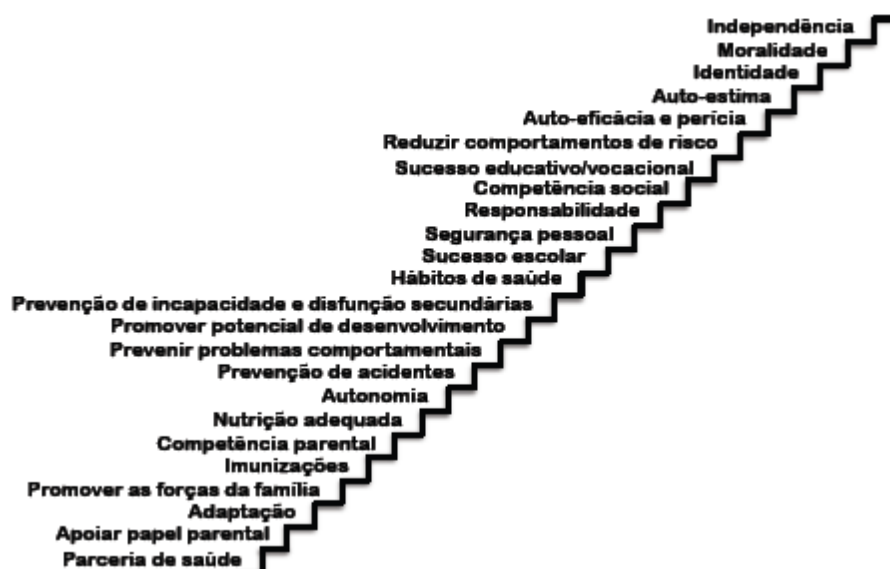
- É o 2º período da vida de maiores necessidades calóricas
- A alimentação tem de ser variada, essencialmente à base de cereais, leguminosas, produtos hortícolas, fruta e hidratos de carbono, a par de leite e derivados, de carne, peixe e ovos
- Não esquecer que o adolescente segue os usos do grupo e que este pode ter hábitos errados de nutrição, nomeadamente os produtos de alto valor calórico e pobre valor nutritivo. É nesta fase que se observam caso de bulimia e de anorexia

## Segurança

- ✓ Prevenção de acidentes
  - Definição de acidente – É todo o acontecimento não programado, que provoca dano corporal, dano esse directamente imputável ao acontecimento que o provocou. Portanto, o acidente não é accidental.
  - A tríade epidemiológica do acidente – Ambiente, criança e agente.
  - O tipo de acidentes que está directamente relacionado com o desenvolvimento infantil
  - A supervisão no sentido de protecção pelos pais é inversa ao desenvolvimento de autonomia da criança

## Promoção da Saúde da Criança e do Jovem ao Longo do Desenvolvimento II

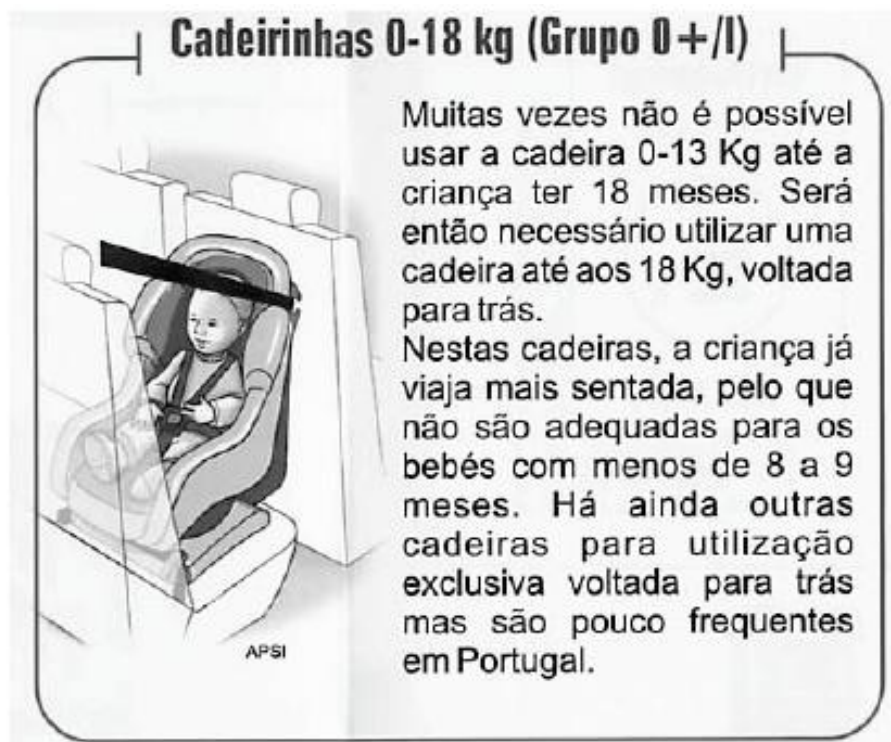
Na prevenção de acidentes a atitude é proteger contra o risco, educar para o risco e dar autonomia face ao risco. Os principais objectivos são:



Os **acidentes domésticos** são a principal causa de morte nas crianças entre 1 e 4 anos, sendo os principais locais de ocorrência a cozinha, casa de banho e a porta de entrada.

### Prevenção de Acidentes

**Rodoviários:** são a principal causa de morte nas crianças entre os 4 e 18 anos, como peões, condutores ou passageiros.





### | Cadeirinhas 0-18 kg (Grupo 0+/I) e 9-18kg (Grupo I) |

As cadeiras do grupo 0+/I permitem que a criança viaje voltada para trás até o mais tarde possível – a protecção mais segura.

Se usar uma destas cadeiras voltada para a frente, nunca o faça antes dos 18 meses, e prefira um sistema com ISOFIX, ou verifique que não existe qualquer folga entre a cadeira e o banco do carro.

A utilização destas cadeiras voltadas para a frente poderá ser desaconselhável se a criança tiver mais de 3 anos ou 15 kg, pois os erros graves de instalação são frequentes neste tipo de cadeiras.



### | Cadeiras 15-36 kg (Grupo II/III) |



São as cadeiras de apoio, nas quais o cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira simultaneamente. Se escolher um modelo com as costas destacáveis (cadeira que se transforma num banco elevatório), poderá utilizá-lo até a criança ter 12 anos ou 1,50 m de altura.

São leves e práticas. Adaptam o cinto de segurança do automóvel ao corpo pequeno da criança, aumentam o conforto e dão-lhe apoio lateral quando adormece e em caso de colisão lateral.

São indicadas a partir dos 2 a 3 anos, dependendo do peso e altura da criança.



### Cadeiras ISOFIX

O sistema Isofix aumenta a segurança das crianças e facilita a instalação das cadeirinhas, reduzindo os erros de colocação. Existe nos automóveis mais recentes, e permite instalar cadeiras preparadas com sistema Isofix que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel), e se fixam num terceiro ponto superior ou apoiam no chão do carro. A existência de 3 pontos de apoio é fundamental para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente. Este sistema aplica-se sobretudo a cadeiras do grupo 0+ e I, mas nem todas são universais (deve verificar-se sempre nas instruções se a cadeira é compatível com o automóvel e se este está preparado para receber a cadeira escolhida).





São vários os intervenientes na promoção da saúde da criança e do jovem, além do pessoal de saúde nomeadamente:

- **Polícia Municipal:** “crescer em segurança”, a criança é alertada para os perigos domésticos, à porta de casa e na rua, assim como para o que fazer nas catástrofes naturais
- **Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI):** acções de formação e publicação de livros para alertar a população para os riscos de acidentes e como preveni-los.
- **Programa de Prevenção Rodoviária:** uma série de instruções e de medidas para evitar o atropelamento, despiste e colisão

### Hábitos de Higiene

- **Programa Nacional de Saúde Oral**
  - A lavagem das gengivas começa antes da erupção dos dentes, com compressas humedecidas, escova macia ou dedeira
  - A higiene oral pressupõe a escovagem dos dentes com uma pasta fluoretada, inicialmente com quantidade mínima, após as refeições e a ingestão de guloseimas e o uso de fio dental à noite. A escova deve ser mudada de 3-4 / 3- 4 meses

- Aconselhamento da vigilância de 6 em 6 meses por um higienista oral ou dentista
- A DGS definiu os 7, 10 e 13 anos como idades para consultas de higiene oral e emitiu cheques - dentista para pagamento das mesmas

### **Treino para o controlo de esfíncteres anal e vesical**

A criança considera-se pronta quando ficar seca pelo menos duas horas, os movimentos intestinais se tornarem regulares e previsíveis, as expressões faciais e posturais revelam que está prestes a urinar ou tem um movimento intestinal, puder seguir instruções simples, puder andar para e da casa de banho e ajudar a despir-se, parece desconfortável com as fraldas e quer mudar-se, refere querer ir a casa de banho, pedir roupa interior aos mais crescidos. Para ensinar a criança a usar o bacio ou o tampo adaptado à sanita deve-se:

- Escolher as palavras
- Ajudá-la a reconhecer os sinais de necessidades de urinar ou evacuar e lembrá-la da necessidade de ir à casa de banho
- Organizar uma rotina: quando ela parece ter vontade, colocá-la no bacio ou sanita pondo um banco para que apoie os pés, explicar-lhe o que se pretende que faça, encorajando-a com manifestações de afecto e elogiando-a quando tem sucesso
- Encorajar o uso de cuecas ou de calças de fato de treino para que perceba que confiamos na sua capacidade, mas também, preparar para acidentes
- **Princípios:** quando estiver física e emocionalmente bem; as tentativas demorarão cerca de 10 minutos, na companhia de um adulto para lhes assegurar a higiene
- **Atitude:** mostrar as fezes ou urina para que relacione a causa/efeito, elogiando-a e incentivando-a a ter esse comportamento dos mais crescidos.
- **Não puxar o autoclismo à frente da criança para que não fique confundida (elogiar/ deitar fora)**

**Banho:** Ao longo da infância o banho pode ser dado à noite se acalmar a criança ou então de manhã se espreitar a criança. Na fase da adolescência, o crescimento dos pelos na face, axilas, e região púbica, o aumento do funcionamento das glândulas sudoríparas



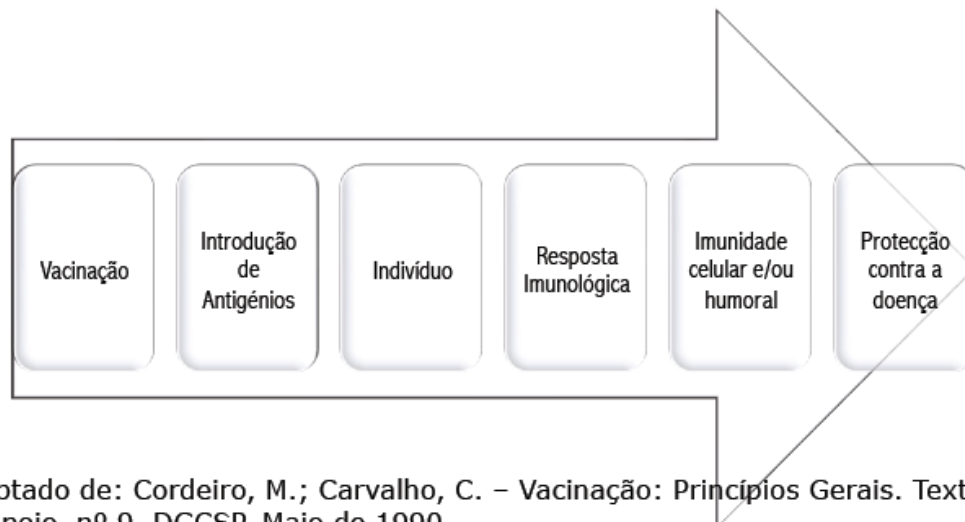
e sebáceas, as actividades desenvolvidas ao longo do dia, e também o período de fluxo menstrual nas raparigas, exigem cuidados de higiene e mudança de roupa interior frequentes.

**Sono:** As necessidades de sono variam ao longo da vida:

- RN – cerca de 20-22h por dia
- Lactentes - 12h diárias + sesta
- *Toddlers* – 12h contínuas de noite + sesta
- Pré-escolares – 12h contínuas de noite e raramente fazem sesta
- Escolares: 10h
- Adolescente: variável
- **A qualidade do sono depende de:**
  - Relações afectivas entre os pais
  - Relações afectivas entre filhos e pais
  - Equilíbrio familiar
  - Satisfação das necessidades fisiológicas/ bem-estar
  - Actividades anteriores ao deitar (p.e. banho, leite morno...)
- **Perturbações do Sono:** reacções que exprimem uma tentativa de resolução de um conflito com o meio, sendo habitualmente transitórias devido às alterações do ritmo de vida da criança
- **Perturbações do sono mais frequentes:** fragilidade do sono nos 3 primeiros meses de vida, negação de querer dormir, pesadelo, terror nocturno, insónia
- **Linhas de orientação junto dos pais:**
  - Dizer à criança que se aproxima a hora de deitar, de modo a dar-lhe tempo para se habituar à ideia
  - Estabelecer uma rotina, de forma a preparar a hora de deitar
  - Proporcionar actividades calmas, que não cansem a criança durante essas horas de rotina (p.e. ler uma história, colo, canções de embalar...)
  - Aconselhar os pais a, se possível, transferir as suas próprias rotinas

## Imunizações

- **Vacina:** produto antigénico, a que se retirou a capacidade de provocar doença, que, introduzido no organismo, provoca uma reacção imunológica comparável à que acontece quando o indivíduo tem contacto com o agente patogénico a que se refere.



Adaptado de: Cordeiro, M.; Carvalho, C. – Vacinação: Princípios Gerais. Texto de apoio, nº 9, DGCSP, Maio de 1990

- **Imunidade de Grupo**
  - Taxa de cobertura de vacinação para uma determinada doença, a partir da qual se consegue a sua erradicação
  - Depende de dados epidemiológicos e de factores socioeconómicos
  - Nas doenças em que a imunidade de grupo funciona, ela consegue-se com uma percentagem de 70-80% de vacinados, relativamente a essa doença
  - No caso da tuberculose, da difteria, tétano e do sarampo, este conceito não se aplica, sendo necessário vacinar 100% da população
- **A resposta imunitária depende:**
  - *Das condições do hospedeiro* (idade, situação de saúde, características do sistema imunitário)
    - **Condições do hospedeiro que contra-indicam todas as vacinas:**
      - Doença febril aguda até à sua cura
      - Descompensação de doença neurológica se a vacina puder provocar febre
      - Alergia aos compostos da vacina
      - Reacção grave ou hipersensibilidade a uma dose anterior da mesma vacina

- Grávidas até aos 4 meses
  - Doença oncológica ou imunodeficiências
  - Terapêutica imunossupressora
  - Administração há menos de 3 meses de sangue, plasma ou imunoglobulina
- *Das condições das vacinas*
    - ***Composição/ antígenos utilizados na produção das vacinas***
      - Toxóide (p.e. a vacina anti-tetânica)
      - Microorganismos vivos atenuados (p.e. vacina anti-sarampo, papeira e rubéola)
      - Microorganismos mortos (p.e. vacina anti-tosse convulsa)
      - Microorganismos similares (p.e. vacina da BCG)
      - Polissacáridos bacterianos (p.e. vacina anti Hemophilus influenza tipo B)
      - Antígeno de superfície purificado (p.e. vacina anti-hepatite B)
      - Imunoglobulinas específicas
    - ***Conservação***
      - Respeitar os prazos de validade
      - Não expor preparados à luz directa ou a fontes de calor
      - Não guardar nas portas do frigorífico
      - Seguir as instruções relativas à conservação
      - Manter a uma temperatura entre 2 a 8°C, sem congelar
      - As vacinas anti-sarampo, anti-rubéola, anti-parotidite e anti-hepatite B, quando diluídas devem ser utilizadas no prazo de 1 hora e dentro de 8 dias caso forem mantidas num frigorífico entre 2 a 8°C
    - ***Administração: as vacinas do PNV são administradas por injeção:***
      - ID: BCG
      - IM: anti-meningococo tipo C e anti papiloma vírus
      - IM ou SC: anti-hepatite B, anti-tétano, dupla, tríplice, tetra e pentavalente, anti-poliomielite
      - SC: anti-sarampo, anti-rubéola (VASPR)

- **Doses:** o número depende da imunidade conferida pela vacina
- **Local:**
  - Onde seja menor o risco de lesão local, nervosa, vascular ou dos tecidos
  - A injeção ID do BCG é administrada na face superior externa do braço esquerdo, na união do terço médio com o terço superior
  - As injeções SC são administradas na coxa dos lactentes ou na face superior externa do braço, nas crianças maiores
  - As injeções IM são administradas no vasto lateral da coxa nos lactentes e no deltóide nas crianças maiores
- **Intervalos entre as administrações de diferentes vacinas:**
  - Vacinas mortas: sem restrições
  - Vacinas vivas: 4 semanas de intervalo ou 3 caso seja anti-cólera, anti-febre amarela
- **Falsas contra-indicações**
  - Alergia, asma ou outras manifestações atópicas
  - Antecedentes familiares de convulsões
  - Tratamento com antibióticos ou na fase de convalescença de doença
  - Dermatoses, eczemas ou infecções cutâneas localizadas
  - Doenças crónicas cardíacas, pulmonares, renais ou hepáticas
  - Aleitamento materno
  - Gravidez da mãe ou de pessoa de contacto próximo
  - História anterior de tosse convulsa, sarampo, parotidite, rubéola
  - História de alergia à penicilina
  - Prematuridade ou baixo peso à nascença
  - Malnutrição
- **Da organização do esquema vacina /PNV**
  - **Objectivos:** controlar doenças como a tosse convulsa e a tuberculose e erradicar o tétano neo-natal. Organiza a administração de 12

vacinas de acordo com a imunidade conferida por cada uma, bem como as idades em é conseguida

▪ **Vacinas do PNV:**

- *BCG*: anti- tuberculose
- *VHB*: anti - hepatite B
- *DTPa*: anti: difteria, tétano, tosse convulsa (acelular)
- *DTPw*: anti: difteria, tétano, tosse convulsa (pertussis de célula completa)
- *VIP*: anti- poliomielite de vírus activo
- *Td*: anti: tétano e difteria (pequena partícula de difteria)
- *Hib*: anti- hemophilus influenza tipo B
- *MenC*: anti-meningococo tipo C
- *VASPR*: anti: sarampo, papeira e rubéola
- *HPV*: anti-papiloma vírus

Vacinas contra	Idades										
	0, Nasci-mento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano-Pertussis		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB (a) 1,2,3	
Sarampo Parotidite Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Doença Meningocócica C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Infecções por Vírus do Papiloma Humano											HPV 1,2,3

(a) VHB: aplicável apenas aos nascidos <1999, não vacinados, segundo o esquema 0,1 e 6 meses.

**Vacinas:**

- **BCG (Bacilo de Calmette-Guérin)** – Vacina anti-tuberculose, constituída por microorganismos vivos que é administrada por enfermeiros especialmente preparados, por via ID, na face posterior do braço esquerdo dos recém-nascidos com mais de 2Kg, na dose de 0.05ml e, mais tarde de 0.1ml. O controlo vacinal é feito às 10 semanas pela verificação da cicatriz vacinal. Dos 3 meses aos 18 anos é efectuada após *reacção intra-dérmica de Mantoux negativa (1)*. Esta vacina confere imunidade a cerca de 80% dos vacinados, quando administrado a menores de 5 anos, defendendo dos casos graves da doença. Mais tarde, entre os 10 e 15 anos, fornece imunidade a 59% dos vacinados. A partir dos 18 anos, pensa-se que seja ineficaz para a protecção contra a tuberculose.
  - **(1) reacção intra-dérmica de Mantoux:** consiste na administração ID de 0.1ml de um soluto de duas unidades de tuberculina, na face anterior ou antero-lateral do antebraço esquerdo. O aspecto tipo casca de laranja indica uma boa técnica. Faz a leitura de resultados entre 48/ 96h após a inoculação, palpando-se e medindo em milímetros, com régua transparente, a zona de induração. A reacção é positiva se for  $\geq 10\text{mm}$ . Se for entre 5 a 9mm, apesar de duvidosa, não é necessário revacinar.
  - **Efeitos Secundários:** Incluem reacções imediatas – lesão supurativa que vem a formar crosta – e mediatas – adenite satélite axilar.
  - **Contra-indicações:** dermatoses generalizadas e síndrome da imunodeficiência humana sintomática.
- **HPV ( anti – papiloma vírus humano, para os genótipos 6, 11, 16, 18)** – Última vacina a ser integrada no PNV, em Janeiro de 2009. Tem como função prevenir lesões genitais pré – cancerosas, cancro do colo do útero, e verrugas genitais externas, direccionada para os genótipos que compõem a vacina, apenas. É produzida a partir de DNA recombinante do HPV, com um adjuvante, pelo que deve ser administrado 0.5ml, por via IM profunda, em 3 doses, entre os 11 e 13 anos. O intervalo entre a 1ª e a 2ª administração não deve ser inferior a 2 meses, e, entre a 2ª e a 3ª administração, não deve ser inferior a 3 meses. A imunogenicidade da vacina está demonstrada entre os 9 e os 26 anos de idade.

- **Conservação:** esta vacina deve ser conservada entre 2 a 8°C, não congelada e protegida da luz
  - **Precauções:** doença aguda ou grave com ou sem febre, em indivíduos com alterações da coagulação pois existe um risco de hemorragia e em caso de gravidez.
  - **Reacções adversas:** febre, sinais inflamatórios no local da injeção (muito frequente), equimose ou prurido no local de injeção (frequente), broncospasmo (muito raras)
- **Outras vacinas não integradas no PNV**
    - **Prevenar**
    - **Antigripe A** – dos 6 meses aos 2 anos

***Cuidados gerais a observar na prática da vacinação:***

- Certificar-se que a vacina a administrar, em função da idade e do Boletim Individual de Saúde (BIS), assim como na ficha central de vacinação da criança
- Assegurar o respeito pelos prazos de validade, condições de armazenamento e local de disponibilidade da vacina
- Preparar a vacina de acordo com as regras de administração de terapêutica
- Preparar a criança e/ou informar os pais para o procedimento – o que vai fazer, como, objectivo – elogiando-a no fim
- Informar acerca dos possíveis efeitos secundários
- Escrever a lápis no BIS a(s) data(s) da(s) próxima(s) vacina(s)
- Registar a vacina administrada, o laboratório, o lote e a dose na ficha central de vacinação da criança através do programa SINUS
- Aconselhar a criança a permanecer cerca de 20 minutos no Centro de Saúde

## A Criança Hospitalizada I

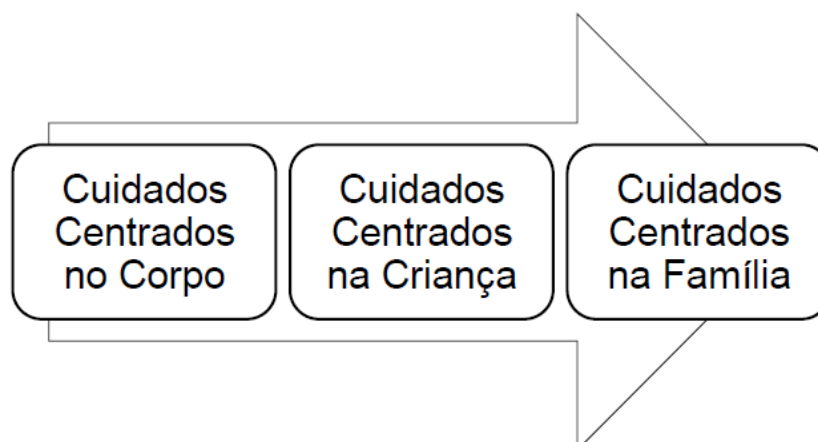
### Sumário:

1. Evolução da filosofia de cuidados pediátricos
2. O medo e ansiedade na criança e no adolescente por grupos etários
3. Os stressores da criança e do adolescente hospitalizado e as intervenções de enfermagem
4. Os indicadores da ansiedade da criança e do adolescente
5. Mecanismos de adaptação da criança e do adolescente à hospitalização
6. Os benefícios da hospitalização na criança e no adolescente

### A filosofia da Enfermagem Pediátrica

- **Cuidados atraumáticos:** cuidados prestados de forma a eliminar ou minimizar o stress físico e psicológico da criança e da família (Wong, 2002). É então a prestação de um cuidado terapêutico, num meio clínico, por profissionais de saúde, através de uma intervenção que reduz ou elimina os aspectos psicológicos – medo, ansiedade, vergonha, desilusão e culpa - e o stress físico – dor, temperatura extrema, ruído elevado, escuridão e a luminosidade elevada.
- **Cuidados centrados na família**
- **Cuidados Personalizados, Coordenados e Continuados:** distribuição do trabalho de enfermagem pelo método de Enfermeiro Responsável ou Gestão de Caso

### Desenvolvimento dos cuidados à criança





## Cuidados Centrados no Corpo e Cuidados Centrados no Sistema

*Os cuidados hospitalares eram:*

- Organizados centrando-se na doença
- Predominantemente para facilitar os tratamentos médicos
- Organização de forma a facilitar a organização institucional
- Limitação da presença dos pais (1h)
- Limitativos da presença de outros familiares, sobretudo de outras crianças
- Desprovidos de equipamentos adequados às crianças
- Desprovidos de actividades relacionadas com a aprendizagem ou do âmbito lúdico
- Organizados de forma que as crianças eram frequentemente internadas em serviços para adultos



Hospital do Canadá



Cuckfield Hospital 1940-42



Circa 1940, Dr A C Miller, a resident physician at the Children's Orthopedic Hospital in Seattle, treats a young patient in the ear, nose and throat examination room. Nurse Virginia Miller is on hand to hold the boy's head steady. (Photo by FPG/Getty Images)



Hospital dos Capuchos  
1955

### ***Cuidados centrados na Criança***

- Cuidados organizados em função da criança
- Abertura à presença dos pais
- Estatuto de participante, dirigido pelos técnicos
- Equipamentos adequados às crianças
- Actividades relacionadas com aprendizagem ou do âmbito lúdico
- Redução do internamento das crianças em serviços de adultos (especialidades)



**Hospital D. Estefânia-actualmente**

### ***As Mudanças***

O ambiente hospitalar pediátrico tornou-se um estimulador do desenvolvimento, agradável e seguro, através de:

- Paredes coloridas
- Equipamentos com dimensões adequadas ao desenvolvimento da criança: mesas, cadeiras, camas, wc
- Segurança - prevenção de acidentes no interior: fichas, soluções, medicamentos, arestas...
- Sala de tratamentos: local onde ser executam as técnicas
- Sala de brincar e Escola
- Regras adequadas às diferentes idades



***Cuidados Centrados na Família***, são organizados para:

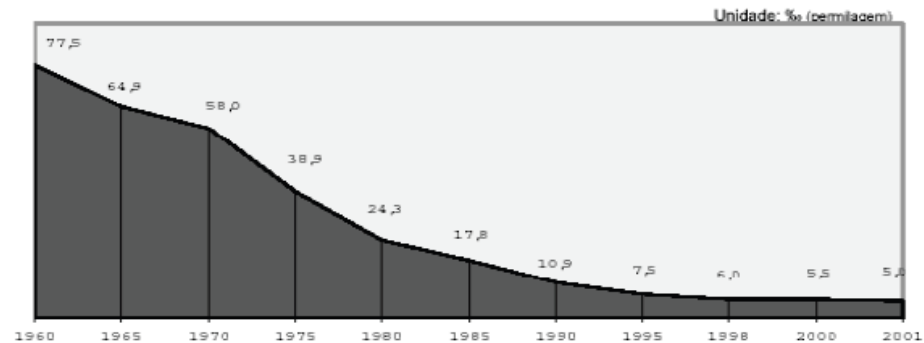
- Reconhecer o estatuto de pais/ pessoas significativas presentes na vida da criança
- Incluir a família e a criança na decisão e na participação
- Capacitar os pais para participarem na vida dos filhos durante a hospitalização, na alta e no regresso a casa
- Redução do stress das famílias
- Satisfazer as necessidades de cada membro da família

***Factores que influenciaram o desenvolvimento dos Cuidados Pediátricos:***

- Redução das doenças infecciosas
- Formação dos profissionais de saúde especialmente dos enfermeiros
- Estudo de Spitz (1940)
- Evolução social (direitos, deveres...)
- Desenvolvimento da psicologia e ciências sociais
- Investigação em Enfermagem

## Redução das Doenças Infecciosas

**Gráfico da taxa de mortalidade infantil 1960-2001**



**No século passado, a causa mais frequente de morte do lactente e do recém-nascido era a infecção, enquanto na actualidade são a imaturidade de órgãos e sistemas e as doenças congénitas.**

O percurso de um século Hércia Guimarães e Amélia Ricon Ferraz – FMP 2008

### *Introdução da Psicologia e Sociologia no Currículo de Enfermagem*

- 9 de Agosto de 1976: este currículo introduz como inovação uma maior ênfase na saúde e nas ciências humanas, integrando-se ao longo do curso os conceitos de saúde (mental e comunitária), pedagogia, gestão e investigação

## Os Estudos de Spitz



### Os Estudos de Bowlby and Spitz's



- Estudo longitudinal sobre a separação e privação emocional de crianças institucionalizadas durante a década de 40.
- Todas as crianças haviam tido contacto contínuo durante 3 meses.
- Estudou-as até perfazerem 4 anos na instituição
- Conclusões: **Spitz definiu o conceito de depressão analítica devido ao luto precoce, perda da figura maternal com a qual existia uma boa relação.**

Bowlby – Desenvolveu a teoria da vinculação

*As crianças hospitalizadas – posição adoptada*

### Depressão da criança institucionalizada



- Posição
- Ausência de comportamentos de contestação
- Diminuição do interesse pela interacção



**Fontes de Stress na Criança**

<b><u>Fonte interna</u></b>	<b><u>Fonte externa</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> fome,</li><li><input type="checkbox"/> dor,</li><li><input type="checkbox"/> sensibilidade à dor,</li><li><input type="checkbox"/> mudanças de temperatura,</li><li><input type="checkbox"/> densidade social,</li><li><input type="checkbox"/> fadiga,</li><li><input type="checkbox"/> sub ou sobre estimulação ambiental.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Separação da família</li><li><input type="checkbox"/> Alterações na composição familiar</li><li><input type="checkbox"/> Exposição a conflitos interpessoais</li><li><input type="checkbox"/> Exposição à violência</li><li><input type="checkbox"/> Experiência de agressão (bullying)</li><li><input type="checkbox"/> Perda de propriedade (boneco, ...)</li><li><input type="checkbox"/> Exposição a excessivas expectativas em relação a si</li><li><input type="checkbox"/> Ser apressada pelos adultos.</li><li><input type="checkbox"/> Desorganização dos eventos do dia-a-dia</li></ul>

**Medos e ansiedade no recém-nascido e lactente**

- Recém-nascidos até 1 ano – abordagens súbitas dirigidas aos RN:
  - Movimentos bruscos
  - Ruído, luminosidade repentina e intensa
  - Alteração da temperatura súbita ou adversa de forma contínua
- A partir dos 6 meses (objecto permanente) – ansiedade a estranhos

**Medos e ansiedade na 1ª infância**

- A partir de 1 ano – medo da separação, que dura até à idade escolar, cerca dos 6 anos
- 2 anos – trovoada, relâmpagos, escuro, animais, médicos e enfermeiros, ruídos desconhecidos, treino de esfíncteres, estranhos
- 3 anos – os anteriores e o medo de animais e pessoas com aparências estranhas
- 4 anos – os anteriores e medo de se perder dos pais e do descontrolo emocional
- 5 anos – a criança tem receios mais objectivos, como medo de se magoar, cair, escuro, cães.

***Medos e ansiedade na 2ª infância***

- Medo do escuro, das trovoadas
- Fobias da escola
  - 5 aos 7: separação de casa
  - 11 aos 13 anos: aspectos particulares da escola
- Medo de elementos reais do ambiente

***Medos e ansiedade na adolescência***

- Podem corresponder a medos presentes na infância
- Medos relacionados com vivências concretas
- A ansiedade na adolescência manifesta-se por:
  - Emoções que não duram muito tempo
  - Mood swings intensas
  - Frequência elevada

***Medo e ansiedade na criança – Princípios Gerais***

- A experiência de stress na criança varia em função de:
  - Desenvolvimento da criança
  - Experiências anteriores de vida (inventário de capacidade de *coping*)
- As crianças com menos de 6 anos têm maior vulnerabilidade ao stress porque têm menor capacidade de:
  - Pensar sobre um evento na sua globalidade
  - Seleccionar de um menu de comportamentos possíveis quando ocorre um novo evento, interessante ou indutor de ansiedade (Allen e Marotz, 2003)

***A criança e a experiência ao stress – Princípios Gerais***

- Os medos aumentam a partir dos 18 meses
- Fontes de medo relevantes em contexto de saúde:
  - Generalização de uma experiência (p.e. um cão mordeu-me logo todos os cães mordem)
  - Conversas de adulto que a criança compreende de forme diferente
- As causas de medo diferem de criança para criança

- O stress na criança é definido em função da sua fonte – interna ou externa (Marison, 2003)
- *Regra de Ouro*: os resultados da investigação sobre os múltiplos stressores na criança permitem concluir que os diferentes stressores que ocorrem simultaneamente, interagem entre si passando a ter um efeito acumulativo.

### ***Stressores relacionados com a Hospitalização da Criança***

- Separação
- Medo de lesão corporal (intrusão, mutilação)
- Medo da morte
- Ambiente – ruído, luminosidade, manipulação, temperatura
- Perda de controlo – restrição física, alteração de rotinas e rituais, medo do desconhecido, perda do papel produtivo

### ***Recém-nascido e Lactente e o ambiente Hospitalar***

<b>Stressor r/c Hospitalização: Ambiente Recém-nascido e Lactente</b>	
<b>Stressors</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Ruídos – sobrecarga sensorial	Redução de todos os ruídos Não colocar objectos sobre incubadoras
Alteração súbita da luminosidade ou prolongada de níveis inadequados	Colocação de luzes em cada unidade Fechar as luzes durante períodos do dia Cobrir parte do dia as incubadoras
Alteração súbita e/ou inadequada temperatura	Manter temperatura constante Atenção às janelas ( frio e sol)



### Stressor r/c Hospitalização: Ambiente **Recém-nascido e Lactente**

<b>Stressors</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Manipulações sucessivas – privação do sono	Deixar a criança descansar durante períodos Gerir as intervenções em blocos mas evitar consumos de O <sub>2</sub> excessivo
Manipulação rápida pouco suportada	Suportar bem as crianças quando são manipuladas Observar e respeitar o temperamento do RN e lactente

### Stressor r/c Hospitalização: Ambiente **Recém-nascido e Lactente**

<b>Stressors</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Privação sensorial	Ter os pais presentes Colocar música e/ou gravação de voz (gravidez – mãe) Proporcionar a experiência da sucção

## Stressor r/c Hospitalização: Ambiente Só no Lactente

<b>Stressor</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Medo de estranhos	<p>Reduzir o n.º de pessoas</p> <p>Método de distribuição de trabalho</p> <p>Respeitar os princípios de comunicação</p> <p>Pais como mediadores e prestadores de cuidados parentais</p> <p>Consolar o lactente quando os pais não estão presentes com gentileza</p>

## Stressor r/c Hospitalização: Ambiente Toddler e Pré-escolar

### **Stressors**

Objectos de tratamento fantasiados como objectos cortantes, monstro ou animais



### **Intervenções de Enfermagem**

Colocar todo o equipamento fora do alcance visual da criança.

Explicar antecipadamente o material que necessita de ser exposto.

Preparar e colocar todo o material de tratamento fora do campo visual da criança.

## **Stressor r/c Hospitalização : A separação Recém-nascido e Lactente**

### **Características de desenvolvimento**

Até aos 6 meses a criança desenvolve o processo de vinculação

Aos 6 a 8 meses inicia-se a angústia da separação (objecto permanente)

### **Intervenções de Enfermagem**

- ☐ Facilitar a presença dos pais/pessoa significativa
- ☐ Explicar as reacções da criança à separação e a forma de apoiá-la
- ☐ Orientar os pais para viverem momentos de intimidade com o filho
- ☐ Favorecer o exercício da parentalidade.
- ☐ Evitar a hospitalização na fase da angústia da separação

## **Stressor r/c Hospitalização : A separação Toddler e Pré-escolar**

**Stressor** – Medo da separação

### **Intervenções de Enfermagem**

- Promover a presença dos pais:
  - Internamentos curtos
  - Internamentos conjuntos
  - Facilitar a permanência de pessoa significativa
  - Sugerir visitas mais curtas e mais frequentes quando não podem estar ao longo do dia



Physicians at Cincinnati Children's Hospital work closely with parents to achieve perfect care.

## Stressor r/c Hospitalização : A separação Toddler e Pré-escolar

**Stressor** – Medo da separação

### Intervenções de Enfermagem

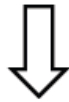
- Promover a segurança:
  - Conhecer a criança: reacções e formas de consolo
  - Envolver a criança em actividade lúdica antes dos pais saírem
  - Não enganar a criança em relação à saída dos pais
  - Manter fotos junto à cama
  - Deixar um objecto dos pais, quando estes se ausentam por tempos curtos
  - Deixar “prendas” quando não estão presentes
  - Explicar quando regressam utilizando as referências de tempo da criança

## Stressor - Separação Idade Escolar e Adolescência



### Stressors

- Medo da separação  
os pais/pessoa significativa  
e amigos



- Medo de perda do grupo
- Medo de perda do lugar  
que ocupam no grupo
- Tolera melhor a separação  
dos pais

### Intervenções de Enfermagem

- Facilitar a gestão da presença dos pais  
em momentos críticos
- Explicar quando regressa utilizando as  
referências de tempo da criança
- Facilitar contactos e visita de amigos e  
colegas
- Facilitar actividades conjuntas com os  
amigos e namorado(a)
- Facilitar o contacto TM, internet ...
- Deixar prendas quando não estão  
presentes
- Facilitar o uso de referenciais de tempo

## **Stressor: Perda de Controlo - *Restrição Física* Lactente, Toddler e Pré-escolar**

### **Stressor - Medo da restrição física**

#### **Intervenções de Enfermagem**

- Preferir a contenção
  - ao colo e em forma de abraço - quando possível
  - NÃO PODE SUBSTITUIR a analgesia,
  - A mínima necessária,
  - O menor tempo possível
- Falar com voz calma, segura
- Manter o mínimo de adultos junto da criança (excepto pessoas significativas)

## **Stressor: Perda de Controlo - *Restrição Física* Lactente, Toddler e Pré-escolar**

### **Stressor - Medo da restrição física**

#### **Intervenções de Enfermagem (Cont.)**

- Critérios para a escolha de posição de contenção
  - Possibilitar a intervenção
  - Segurança do procedimento (investigação)
  - Segurança emocional
  - Visualizar a pessoa significa, senti-la e ouvi-la como consoladores



## **Stressor: A Perda de Controlo - *Desconhecido* Toddler, Pré-escolar, Escolar e Adolescente**

### **Stressor - Medo do desconhecido**

**Compreensão distorcida da hospitalização e dos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos**



Explicação antecipada da hospitalização  
Explicação antecipada dos procedimentos

Le Bonheur Children's Medical Center,



## **Stressor: Perda de Controlo – *Rotinas* Pré-escolar**

### **Stressor – Alteração de rotina**

#### **Autonomia:**

Como é que a criança exerce a sua autonomia?



### **Intervenções de Enfermagem**

- ❖ Obter dados sobre autonomia e hábitos da criança
- ❖ Planeamento em conjunto c/ a criança e pais
  - Manter horário
  - Sequências das rotinas
  - Desempenho da criança e dos pais
- ❖ Elogiar a autonomia
- ❖ Oferecer escolhas, mas só quando possível (negativismo)
- ❖ Não introduzir novas aprendizagens de autonomia

## **Stressor: Perda de controlo**

### **A perda de controlo desencadeia:**

Negativismo

Alterações brusca de humor



### **E por fim Reacções de:**

Regressão

Passividade



## **Stressor :Perda de Controlo - Dificuldade do Exercício da Iniciativa no Pré-escolar**

**Stressor - Dificuldade na experimentação da iniciativa por alteração da rotina de vida**

### **Intervenções de Enfermagem**

- Obter dados na entrevista inicial que permitam conhecer a criança
- Oferecer escolhas quando possível (cor do penso, local de inserção),
- Não colocar questões usando a negativa
- Oferecer a possibilidade da criança continuar a auto-cuidar-se nas áreas em que exerce autonomia
- Elogiá-la quando tem iniciativa
- Não apressar
- Não interromper abruptamente a iniciativa da criança

## **Stressor: A Perda de Controlo – *Perda do Papel Produtivo* no Escolar e Adolescente**

**Stressor - Sentimento de perda do papel produtivo (estatuto e competência, papel)**



### **Intervenções de Enfermagem**

- Obter dados na entrevista inicial que permitam conhecer a criança/adolescente
- Favorecer a actividade habitual
- Favorecer o contacto com os pares
- Favorecer o contacto com crianças e adolescentes hospitalizados para actividades lúdicas

## **Stressor: A Perda de Controlo - *Emoções* Escolar e Adolescente**

**Stressor - Sentimento de perda de controlo das emoções**



### **Intervenções de Enfermagem**

- Obter dados na entrevista inicial que permitam conhecer a criança/adolescente: como reage face ao stresse, quais as intervenções que ajudam
- Oferecer privacidade
- Oferecer a possibilidade de escolha do momento e do acompanhante



**Stressors: Medo de intrusão****Medo da castração****Medo da lesão corporal**

- Medo da intrusão nos orifícios corporais (Toddler e Pré-escolar)
- Medo da castração (Pré-escolar)
- Medo da lesão corporal (Pré-escolar)

**Intervenções**

- Seleccionar medicação de forma a evitar supositórios e IM
- Tapar “orifícios”
- Evitar palavras como: cortar, tirar, arrancar - *substituir por tratar*
- Explicar implicações dos tratamentos no corpo (conhece o corpo externo)
- Evitar cirurgias na área genital.

**Stressors: Perda de controlo****Princípios relativos ao Toddler e Pré-escolar**

- O medo da lesão corporal e da dor é frequente na criança e prevalece para além da infância reduzindo nestes adultos a procura de cuidados de saúde (Pate et al, 1996).
- Os conceitos de saúde e contágio e a percepção do corpo e seus limites são a base da compreensão da existência e dimensão da lesão.
- O toddler receia a colocação de instrumentos nos seus orifícios corporais como resultado da percepção que tem do corpo.

## Stressor: Medo da lesão corporal Escolar e Adolescente

**Stressors: Medo da incapacidade  
e**

**Medo da alteração do aspecto do  
corpo**



### Intervenções de Enfermagem

- ❖ Informar das consequências da doença e do tratamento no aspecto e funcionalidade do corpo
- ❖ Informar das alternativas de tratamento ou de apoio para a manutenção do aspecto ou funcionalidade
- ❖ Ajudar o adolescente a exprimir os medos e as perdas

## O medo da morte

- Conceito de morte ao longo da infância e adolescência

Recém-nascido	Lactente	Toddler e Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Não tem	Sensível aos sentimento vividos no ambiente humano	Sensível aos sentimento vividos no ambiente humano Reversibilidade da morte	Morte irreversível com significados atribuídos pela cultura e/ou religião dos pais	Morte irreversível com significados atribuídos pela cultura e/ou religião dos pais

## Efeitos da Hospitalização

- **Quais os factores que contribuem para a vulnerabilidade da criança ao stresse na hospitalização?**

- Temperamentos difíceis ou crianças passivas
- Dificuldade de relacionamento pais filhos (poucas visitas, ansiedade dos pais, ...)
- Idade (6 meses a 5 anos)
- Ser do sexo masculino
- Abaixo da média, no desenvolvimento cognitivo
- Vários *stressors* simultâneos ou contínuos

## Efeitos da Hospitalização na Criança

- Quando é que as crianças reagem ao stresse da hospitalização?

Antes, durante e após a hospitalização

- Qual o factor mais determinante no ajustamento à hospitalização?

O conceito de doença da criança  
(Clatworthy, Simon, e Tiedmen, 1999)

### **Indicadores de stress na criança**

- Chorar
- Mãos suadas
- Fugir
- Explosão de raiva
- Embalar-se
- Comportamentos de auto-conforto
- Cefaleias
- Gastralgias
- Comportamentos correspondentes ao sistema sensório-motor fino: puxar e enrolar o cabelo, mastigar, chuchar ou morder as unhas ou a pele
- Acidentes de perda de urina
- Distúrbios de sono

(Stansbury & Harris, 2000; Walling & Coleman, 2001; Marison, 2003)

- Depressão e evitamento
- Vergonha excessiva
- Hipervigilância
- Demasiada preocupação
- Ficar estático em situações sociais
- Obsessividade por rotinas, alimentos e por saber o que vai acontecer a seguir
- Clining (prender-se) excessivo

<b>Estádios da Ansiedade da Separação Lactente</b>		
<b>PROTESTO</b>	<b>DESESPERO</b>	<b>NEGAÇÃO</b>
GRITA VIRA-SE PARA OS PAIS NEGA RELACIONAMENTO COM ADULTOS	TRISTEZA DEPRESSÃO COMPORTAMENTO DE AFASTAMENTO CHORA QUANDO OS PAIS APARECEM	FALTA DE PROTESTO QUANDO OS PAIS CHEGAM. PARECEM FELIZES COM ESTRANHOS. POSSÍVEL ATRASO DE DESENVOLVIMENTO
<b>Com a idade aumenta o protesto físico (uso das mãos e pés) e verbal</b>		

***Estádios da ansiedade da separação no Lactente***

- **Manifestações da separação – 1ª fase: Protesto**
  - Choro e gritos
  - Procura de contacto visual com os pais
  - Estende os braços para ou na direcção em que os pais se deslocam
  - Rejeição de estranhos
  - Chora por longos períodos e pára por exaustão
  - A aproximação de estranhos pode aumentar o protesto

***Estádios da ansiedade de separação no Toddler***

- **Fase de protesto**
  - Choro e gritos
  - Procura de contacto visual com os pais
  - Estende os braços para ou na direcção em que os pais se deslocam
  - Rejeição de estranhos
  - Chora por longos períodos e pára por exaustão
  - A aproximação de estranhos pode aumentar o protesto
  - Verbalmente, grita ou diz “saí”, “vai-te embora”
  - Ataca os estranhos, pontapeando, beliscando, mordendo
  - Tenta escapar e procura pelos pais
  - Tenta forçar os pais a ficar agarrando-os

***Efeitos da hospitalização***

- **Comportamento das crianças no pós-hospitalização:**
  - Alguma agressividade dirigida aos pais
  - Queixoso
  - Procura da atenção dos pais
  - Opõe-se à separação
  - Novos medos
  - Recusa de ir para a cama
  - Isolamento e vergonha
  - Birras
  - Muito selectivo em relação aos alimentos
  - Uso de objectos de transição

- Regressão
- **Comportamentos da criança mais velha no pós-hospitalização:**
  - Distanciamento emocional
  - Exigência em relação aos pais
  - Zangados com os pais
  - Invejoso em relação aos outros

### ***Mecanismos de coping e de defesa***

- **Mecanismos de coping:** capacidade de lidar positivamente com a situação, dependendo de:
  - Desenvolvimento
  - Respostas individuais
  - Natureza e gravidade da doença
  - Natureza e timing da informação que a criança recebe
- **Mecanismos de defesa:** qualquer mecanismo que ajude a lidar com a situação é considerado como útil, são inconscientes e as crianças com menos idade têm um menor reservatório de mecanismos de defesa

### ***Adaptação das crianças ao stress***

#### **A criança adota comportamentos de distanciamento e de redução de stress:**

- A criança mais pequena apresenta choro e sentimentos de abandono
- Toddler e pré-escolar agem mas não demonstrando o que sentem ou mesmo escondendo os seus sentimentos (exibir-se, agressividade, perturbação súbita quando tem que arrumar os brinquedos...)
- As crianças maiores usam estratégias cognitivas, a resolução de problemas: questionam a situação, as circunstâncias e as expectativas

***Uma resposta a uma fonte de stress ou medo pode diferir em função da vivência da criança no momento em que esta ocorre (p.e. durante o divórcio dos pais)***

## Mecanismos de Defesa Disponíveis nas Fases de Desenvolvimento da Criança

Recém-nascido	Lactente	Toddler e Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Não identificado	Não identificado	Regressão Negação Repressão Projectção	Regressão Negação Repressão Projectção  Sublimação Formação reactiva	Regressão Negação Repressão Projectção  Sublimação Formação reactiva  Racionalização Intellectualização

### Mecanismos de defesa na criança

- **Negação**
  - Frequente
  - Capacidade de desprezar aspectos do ambiente que são demasiado ameaçadores de forma a manter a sua segurança
  - Finalidade: uso de energia mínima para responder ao stress e obter gratificação e protecção
  - Características observadas:
    - Não referem o que têm
    - Não mostram preocupação
    - Não incluem nos planos imediatos ou a longo prazo o episódio da doença
  - Apenas é perigoso quando a negação se torna permanente
- **Regressão**
  - Frequente
  - Reversão a tarefas do estágio anterior de desenvolvimento
  - Finalidade: uso de energia mínima para poder responder ao stress e obter gratificação e protecção


- Características observadas:
  - Choram muito - libertam tensão e obtêm atenção
  - Pedem biberão ou chupeta
  - Esquecem-se de pedir para ir à casa de banho
  - Só existe perigo caso a regressão se torne permanente

### ***Efeitos benéficos da hospitalização***

- Recuperação da saúde
- Reforço das relações criança/ família
  - Sensação de protecção e de ser amado
  - Obter ajuda para outros problemas de saúde
  - Protecção e segurança
- Aprendizagem da gestão do stress
- Novas experiências de socialização:
  - Aprender sobre a doença
  - Aprender sobre equipamentos
  - Aprender sobre as profissões
  - Envolvimento com outras crianças: ajuda/ identificação

## **A Criança Hospitalizada II**

### **Sumário:**

1. O âmbito dos Cuidados  Atraumáticos
2. Os momentos críticos
3. Evidência científica que suporta a intervenção
4. O processo de intervenção nos procedimentos de preparação para a hospitalização, cirurgia e procedimentos
5. Modalidades de Intervenção
6. Preparação para a admissão
7. Preparação para a Cirurgia
8. Preparação para procedimentos



## ***A criança doente: momentos críticos – Admissão, cirurgia e procedimentos de diagnóstico e tratamento***

### **O stress de adoecer e ser hospitalizado:**

- “Adoecer, um evento não esperado e, na maior parte das vezes, não desejado, implica a exposição do indivíduo a vulnerabilidades de natureza física, social e psicológica, condicionadas por uma ampla variedade de factores, tais como: a gravidade da patologia, os efeitos colaterais desagradáveis de determinados tratamentos, o estigma social vinculado à doença e as restrições ambientais impostas pelo tratamento” (Barros, 1999)
- Do ponto de vista psicológico, a experiência do adoecimento envolve inúmeras perdas transitórias e/ ou permanentes e quando se faz necessária o internamento hospitalar, o carácter potencial stressante do adoecimento é frequentemente aumentado (Barros, 1999)

### ***O conhecimento actual sobre a necessidade de preparação***

#### **O medo do desconhecido é maior do que o medo do conhecido**

- As crianças e os pais podem aprender respostas adaptativas ao stress causado pela hospitalização
- A criança com idade superior a 4 anos tem menor stress quando preparada
- As crianças com idade inferior a 4 anos também têm menos stress quando os pais são preparados
- As crianças preparadas para a hospitalização apresentam:
  - Menos ansiedade
  - Uma recuperação mais rápida
  - Um menor número de comportamentos de desajustamento pós internamento (p.e. medo, alterações no sono, na alimentação, no sucesso escolar, isolamento...)

### ***Modalidades de preparação***

- Fornecimento de informação oral e/ ou escrita
- Distracção por meio de jogos, brincadeiras e actividades concorrentes com o procedimento médico a ser realizado

- Simulação da situação real por meio de jogos, audiovisuais e desempenho de papéis.

### ***Orientações para um programa de preparação:***

- Qualquer tipo de preparação psicológica para procedimentos deve incluir dois aspectos fundamentais:
  - Informação sobre os detalhes da experiência a ser vivida
  - Ensino de estratégias efectivas de conforto
- Os programas de preparação eficazes combinam:
  - Modelo de coping
  - Informação sensorial e informação sobre o procedimento, resultando em menor ansiedade e maior conhecimento sobre o evento

### ***Os resultados***

- Positivos da preparação psicológica:
  - Aumento dos índices de adesão terapêutica
  - Redução da ansiedade antecipatória
  - Desenvolvimento de estratégias de conforto mais eficazes

### ***Recomendações***

- Cuidados atraumáticos é a filosofia da prestação de cuidados através de intervenções que eliminam ou reduzem o stress físico e psicológico
- As crianças devem ser preparadas antecipadamente para a admissão e procedimentos que ocorrem habitualmente num internamento

### ***A informação na preparação***

- Os objectivos da preparação são
  - Promover a possibilidade de manejar os eventos
  - Antecipar e compreender os objectivos, significados e propósitos dos eventos
  - Corrigir ideias prévias e clarificar o que não ficou bem explicado
- Os factores que tornam a informação o elemento principal de um processo de preparação psicológica incluem:

- Alto potencial redutor de ansiedade
- Eliminação de dúvidas acerca dos procedimentos e os seus efeitos
- Baixo custo operacional

### ***Procedimentos – Distracção***

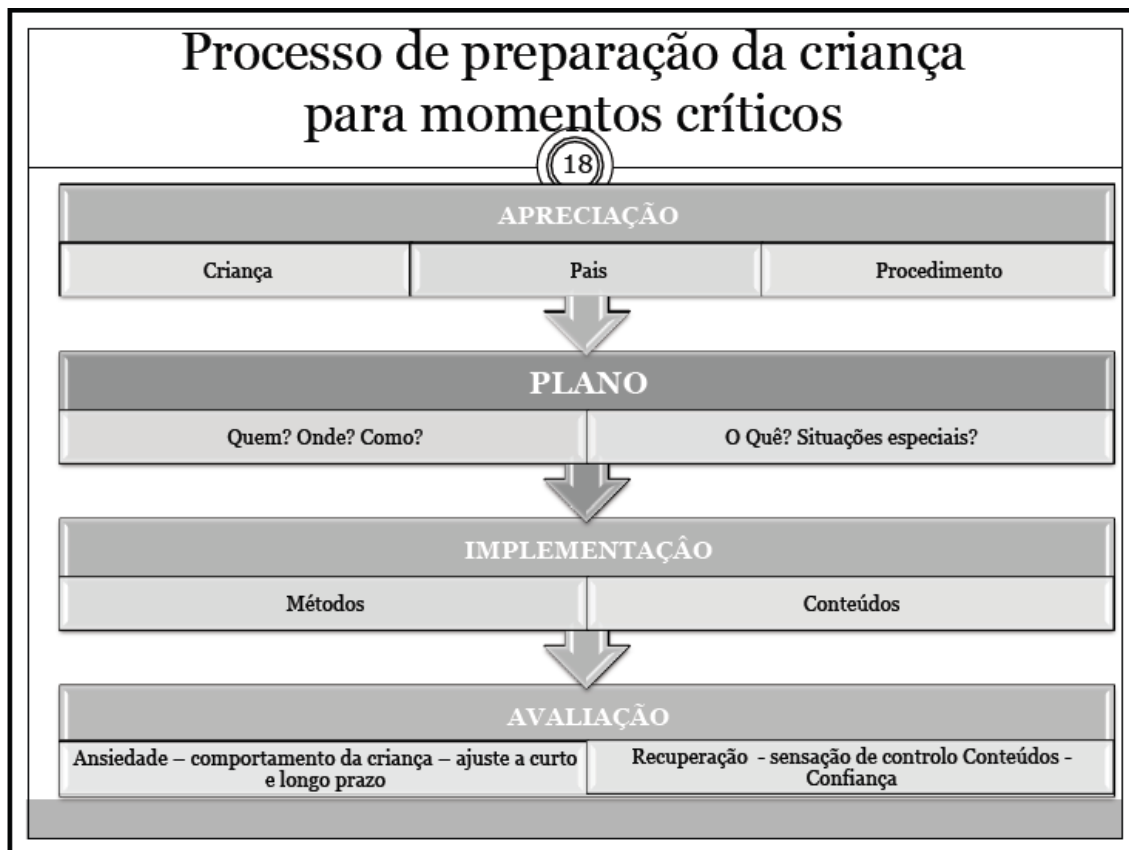
- Jogos e brincadeiras que têm como objectivo desviarem a atenção da criança do procedimento invasivo para uma actividade prazerosa
- O uso de brinquedos ou actividades lúdicas têm que:
  - Ser apropriados à idade
  - Suficientemente interessantes para estimularem o envolvimento da criança
  - Suficientemente interessantes para distrair a criança durante todo o tempo do procedimento
- A informação e os procedimentos de distracção podem ser associados
- A associação de um jogo ao fornecimento de informação, permite a expressão de sentimentos e pensamentos da criança
- Permite ao profissional de saúde identificar na criança os aspectos mais stressantes para os poder “trabalhar”

### ***Procedimentos – Desenvolvimento de skills de coping***

- Procedimentos que promovem estratégias de coping na criança para a diminuição da actividade vegetativa excessiva:
  - Relaxamento
  - Imaginação activa
  - Controlo respiratório
  - Técnicas de reestruturação cognitiva
  - Técnicas de promoção de condutas colaborativas
- Vantagens:
  - Aumento da sensação de controlo
  - Diminuição das interpretações aterrorizantes sobre a situação
  - Incremento da probabilidade de obter reforço positivo para comportamentos considerados adequados

### Procedimentos – Modelagem

- Modelagem e fazer de conta:
  - Vídeo – ver como as outras crianças se comportam
  - Fantoches – ver como o fantoche se comporta
  - Bonecos – ver como os bonecos se comportam
- Vantagens:
  - Permite a experiência sensorial
  - Permite a exploração de mecanismos de coping
- Mais eficazes se incluir:
  - Roll-play
  - Brincadeira – enfermeiros e médicos



## Preparação para Procedimentos

19

### Apreciação

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a criança:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O estadio de desenvolvimento</li> <li>○ Temperamento e estilo de <i>coping</i></li> <li>○ Experiência prévia de internamento ou/e do procedimento</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os Pais:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Composição familiar e papéis</li> <li>○ Apoio disponível</li> <li>○ Estratégias de <i>coping</i></li> <li>○ Outros <i>stressors</i> na família</li> <li>○ Conhecimento sobre a hospitalização, sobre o procedimento e a forma de ajudar a criança</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

## Processo de Preparação da Criança – Fase 1

20

### Apreciação

#### Sistema de saúde

- Conhecer:
  - Recursos
  - Forma como se desenvolve o procedimento

#### (Imagem)

## Processo de preparação da criança – Fase 2

21

### Plano

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inicia - o profissional que decide e informa os pais e a criança</li> <li>○ O Enfermeiro.</li> </ul> </li> <li>• Como?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Individual</li> <li>○ Grupo</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Crianças de 4 a 6 anos – um a dois dias antes</li> <li>○ Crianças com idade superior a 6 anos – uma semana antes</li> </ul> </li> <li>• A quem?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pais – se o doente tem menos de 4 anos</li> <li>○ Aos Pais e à criança – para os restantes</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

## Processo de Preparação da criança – Fase 3

22

### Métodos de Intervenção

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oral</li> <li>○ Escrita</li> <li>○ Videos/audios</li> <li>○ Internet</li> <li>○ Visitas ao hospital ou serviço</li> <li>○ Classes pré-operatórias</li> <li>○ Brincadeira (aos hospitais)</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplo<br/><br/> <a href="http://kidshealth.org/kid/closet/movies/video_bldtest.html">http://kidshealth.org/kid/closet/movies/video_bldtest.html</a> </li> </ul> |
|--|--|

## Processo de Preparação da criança – Fase 3

23

### Métodos de Intervenção

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brincadeira terapêutica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelagem ou aconselhamento pelos pares</li> <li>• Treino de <i>Coping Skills</i></li> </ul> |
|---|---|

24

### Conteúdo da informação

Para a criança

- Explicação da doença e do tratamento
- Incluir os *stressors* e as medidas para minimizar (aula ant)
- Explicar o procedimento por ordem dos acontecimentos.
- Incluir as sensações que envolvem o procedimento
- Explicar sobre a dor – se nec. (aula da dor)
- Explicar os comportamentos que reduzem a dificuldade do procedimento

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">25</div>	
<p><b>Conteúdo da informação</b></p> <p>Para os pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convide os pais a estarem na preparação da criança</li> <li>• Explicar as reacções da criança em situação de stresse</li> <li>• Explicar como os pais podem ajudar a criança:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i></li> <li>○ na informação</li> <li>○ na expressão dos sentimentos</li> <li>○ no consolo</li> <li>○ na gestão da dor ( se adequado)</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Preparação para a hospitalização</b></p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">26</div>	
<p><b>No momento de acolhimento</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar no processo, dados sobre a situação clínica e sobre factores que influenciam a comunicação</li> <li>• Apresentação mútua</li> <li>• Mostrar os locais de actividade lúdica e de apoio. (primeiro)</li> <li>• Mostrar o resto do serviço</li> <li>• Apresentar às famílias que estão no quarto</li> <li>• Apresentar a família à equipa e explicar as funções</li> </ul>	<p>(Imagem)</p>



## Preparação para a hospitalização

(27)

### No momento do acolhimento ( cont.)

- Dar a conhecer os direitos dos pais  
<http://www.hsm.min-saude.pt/hsmmintra/tabid/1079/Default.aspx> - ID 9
- Dar a conhecer a filosofia do serviço
- Dar a conhecer as regras de segurança e de visitas
- Desenvolver a entrevista inicial de enfermagem
- Explicar as reacções habituais das crianças e como pode ser apoiada
- Fornecer guia de acolhimento

## Preparação para a Cirurgia

(28)

### Preparação para a cirurgia

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Estratégias incluem: -<br/>  Informação<ul style="list-style-type: none"><li>○ sobre as sensações</li><li>○ a causa</li><li>○ a presença dos pais</li><li>○ a anestesia</li><li>○ A recuperação</li><li>○ A ordem dos acontecimentos</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="http://www.youtube.com/watch?v=J4ckst4XHYS&amp;feature=related">http://www.youtube.com/watch?v=J4ckst4XHYS&amp;feature=related</a></li></ul> |
|--|---|

## Preparação para Procedimentos Dolorosos

29

### Preparação dos Pais

**Obter informação sobre:**

- comportamentos e
- reacções da criança

**em procedimentos anteriores:**

- Processo
- Enfermeiros
- Pais

**Explicar c/ antecedência o procedimento:**

Porquê,  
Como  
Sensações da criança  
Apoio dos pais à criança  
Consolo após procedimento

**Obter consentimento implícito**

## Recursos para a preparação para a cirurgia

31

- Materiais utilizados :

- Fantoques  
<http://www.youtube.com/watch?v=ijbixHZ8-1A>
- Bonecos próprios – modelos
- Bonecos

(IMAGENS)

## Recursos para a Preparação para a Cirurgia

32

Livros

Livros para colorir

(IMAGENS)

## Preparação para procedimentos - dolorosos

35

### Critérios

- Todo o procedimento invasivo
- Todo o procedimento que a criança teme (penso)
- Todo o procedimento que é doloroso para adultos (caso RN)

(IMAGEM)

## Presença dos pais nos procedimentos dolorosos

36

### Investigação relativa à presença dos pais

- Medo por parte dos profissionais
  - Atraso do procedimento
  - Interferência no procedimento
  - Maior ansiedade

### Investigação sobre a presença dos pais em procedimentos

- Punção lombar
  - Punção endovenosa
  - Reparação laceração
  - Reanimação
- Não há maior ansiedade da criança (pelo contrário) e dos pais e não há interferência no procedimento

## Preparação para procedimentos Toddler e Pré-escolar

38

### Antes

#### Toddler

- Explicar imediatamente antes

#### Pré-escolar

- Explicar um pouco antes

#### Ambos

- Explicar que não fez nada de mal e/ou relacionar com os sintomas
- Preparar anteriormente o material na sala de procedimentos

#### Pré-escolar

- Usar materiais na brincadeira prévia
- Mostrar o local no corpo pelo desenho ou em si

### Durante e Após

- Dar indicações claras e breves
- Não rir ou sorrir mas ser gentil
- Elogiar a criança
- Orientar criança e pais
- Tapar os orifícios
- Oferecer um prémio entre dois

<b>Preparação para procedimentos Escolar e Adolescentes</b>	
39	
Antes	Durante e Após
<u>Explicar :</u> ➤ razão do procedimento r/c doença e/ou sintomas e o corpo ➤ o procedimento ➤ responder às questões de como funciona o material e equipamento e deixar experimentar ➤ Dar tempo para colocar questões ➤ Explicar como pode comportar-se para facilitar o procedimento	-Dar indicações claras - Elogiar a criança/adolescente - Orientar criança/adolescente e pais - Apoiar tentativa de auto-controlo emocional - Explicar o resultado – exames e terapêutica

<b>Preparação para procedimentos Escolar e Adolescentes</b>	
40	
Antes	Durante e Após
<u>Explicar :</u> ➤ Ensinar estratégias adequadas para diminuir o medo (distracção...) ➤ Facilitar o uso de jogos electrónicos ou outras actividades que reduzam o stresse (punção EV e vacinação) ➤ Facilitar livros, fotos ou outros	-Dar indicações claras - Elogiar a criança/adolescente - Orientar criança/adolescente e pais - Apoiar tentativa de auto-controlo emocional - Explicar o resultado – exames e terapêutica

## Dicionário Pediátrico!!!

41

### Evitar

- Picar, injectar
- Órgão
- Teste ou análise
- Incisão
- Edema
- Maca
- Fezes

### Sugestão

Colocar medicamento por baixo da tua pele  
Uma parte do corpo ou um lugar no corpo  
Vamos ver como está o teu sangue...urina...  
Abertura especial  
Inchaço, alto  
Cama com rodas  
Termo habitual

## Dicionário Pediátrico

42

### Evitar

- Dor
- Ferida
- Anestesia
- Cortar ou tirar
- Medir a temperatura
- Cateter
- Monitor
- Eléctrodos

### Sugestão

Palavra habitual ...  
Doi ... doi  
Sono especial  
Consertar/arranjar  
Ver se tens febre  
Tubo  
Ecrã de TV  
Auto-colantes

## Preparação em casos específicos

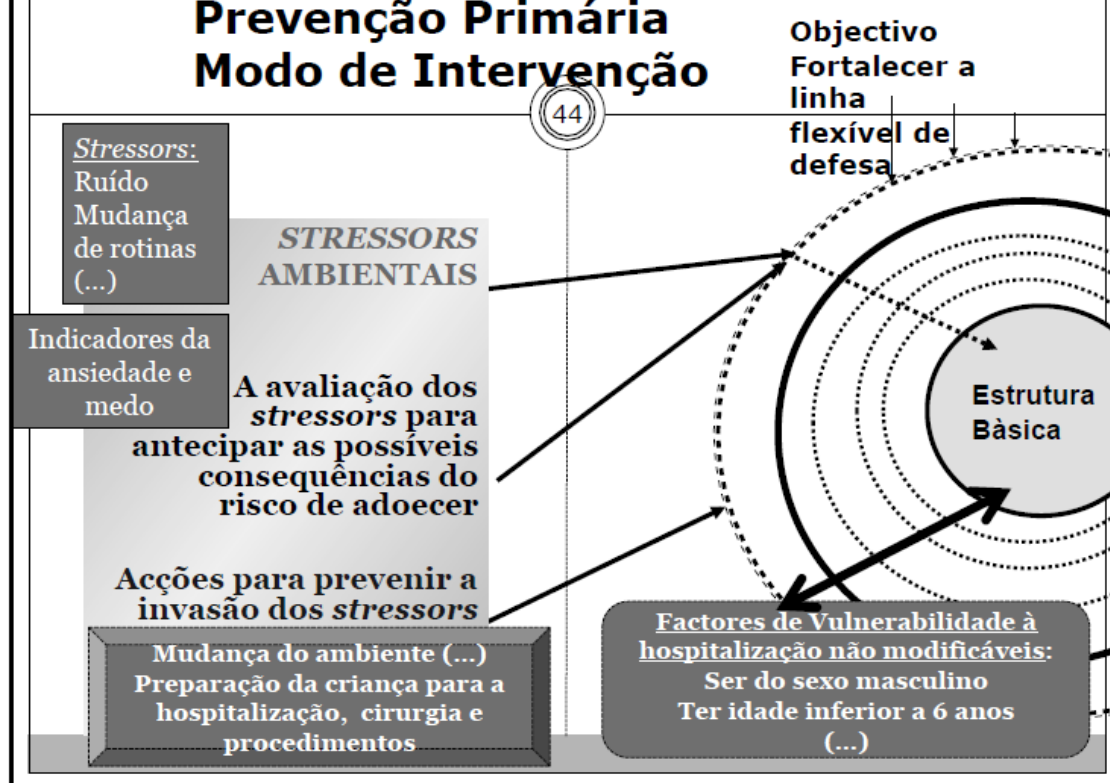
43

- Casos especiais:
- Internamento e internamentos cirúrgicos sem preparação – adaptar o acolhimento
- Urgência – Adaptar o acolhimento e/ou pós-cirurgia
- UCIP – Considerar os *stressors* específicos

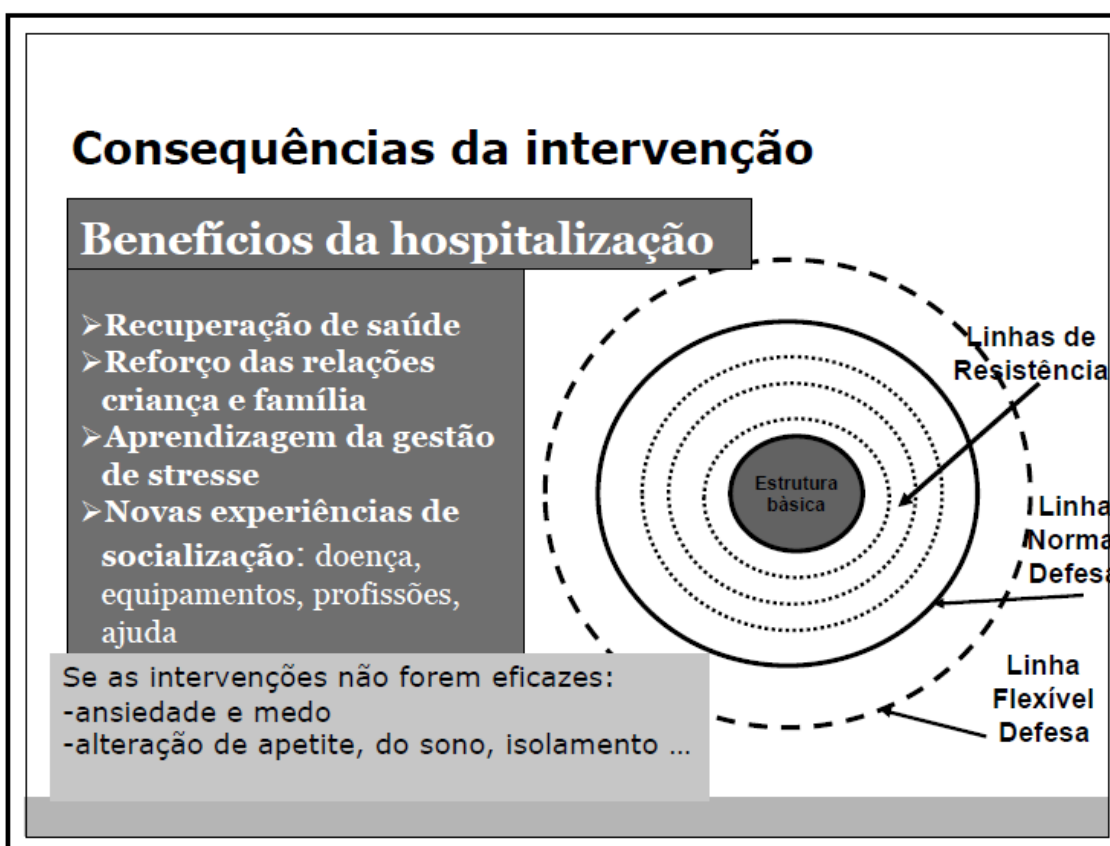
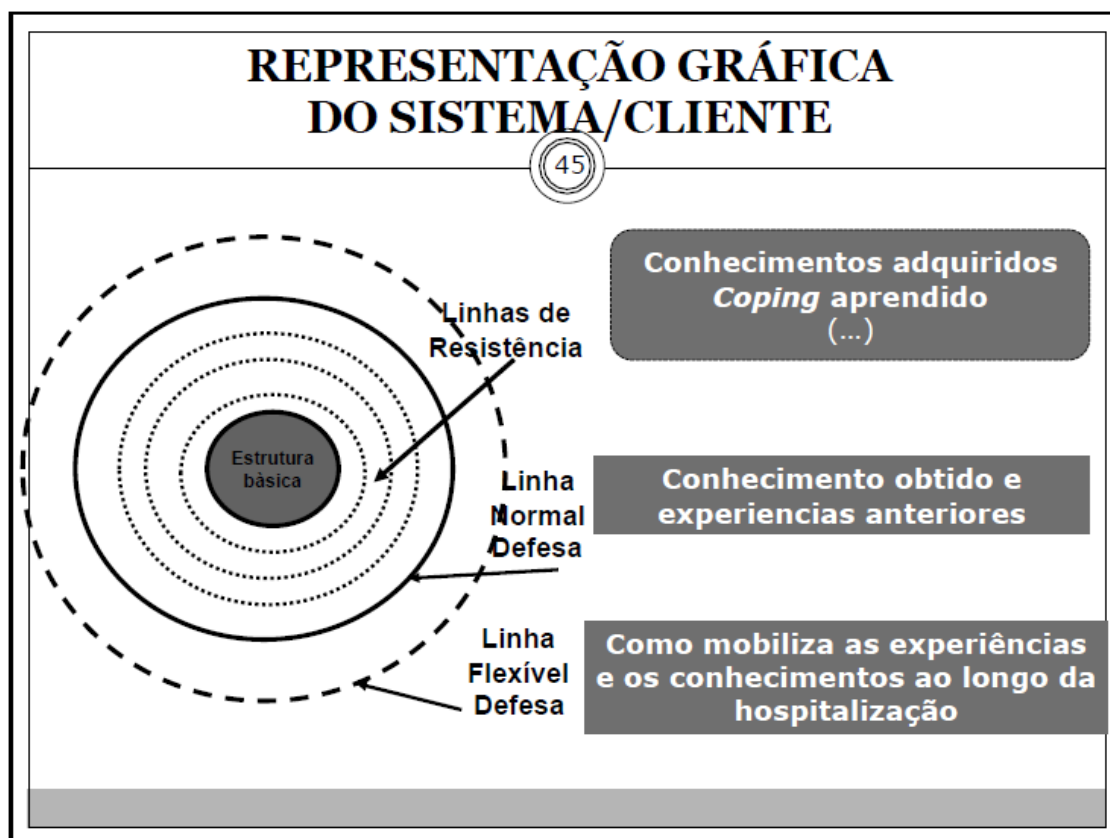
(IMAGEM)

## Prevenção Primária Modo de Intervenção

44









## Cuidados Centrados na Família

### Objectivos

- ✓ Compreender o conceito de Cuidados Centrados na Família
- ✓ Identificar as principais funções, estruturas e papéis das famílias
- ✓ Identificar o processo de cuidar das famílias de crianças hospitalizadas
- ✓ Compreender o efeito da hospitalização na família (pais e irmãos)
- ✓ Compreender as intervenções de enfermagem

### Modelos de Cuidados

Cuidados Centrados no Corpo	Cuidados Centrados na Criança	Cuidados Centrados na Família
Como costumamos fazer é...	É melhor a família ficar ....	O que pensa sobre o estado de saúde do seu...(nome do filho)?
Como é melhor p/ a equipa é	Está muito cansada tem de ir descansar...Vamos fazer-lhe ....	Qual é a sua opinião sobre ...
O protocolo do serviço diz que ....	Começamos pela higiene...depois pela lavagem da boca....depois levanto o Pedro e depois come	Como é melhor para si?
A maneira mais rápida é ...		O que a faz sentir melhor?
Como já lhe foi dito ...		Como posso ajudá-la a ...
É mais rápido e as crianças choram menos se os pais não estiverem...		Esta manhã o Pedro tem tempo para o seu banho diário, lavar os dentes, tomar o pequeno almoço e levantar-se para a cadeira Por onde queres começar?
O melhor para o doente é...		Como é que os pais querem ajudar o Pedro?
O doente não sabe ...		
Vamos fazer-lhe ....		
Começamos pela higiene...depois pelo banho...depois levanta-se e depois come		

## Cuidados Centrados na família

### O que é uma Família?

Família são pessoas que se consideram como tal por se relacionarem através da:

- Consanguinidade
- Casamento
- Adopção
- Viveram juntos

Um grupo de pessoas relacionadas pela consanguinidade, casamento ou sensação de proximidade. (Family Centered Care Intuitivo)

### Família ou Famílias?

- O tipo de família e a cultura
  - Ocidente e outras áreas do globo – Diversidade
  - Outras culturas – Poligamia ou Poliandria
  - Grupo no qual a criança nasce
- Tendências Actuais das famílias
  - Casamento e o primeiro filho – mais tarde
  - Coabitação
  - Mães solteiras
  - Avós a exercer a função parental
  - Geração *sandwich*
  - Novas famílias

### Estrutura e Tipos de Família em Portugal – Censo de 2001

#### Número médio de pessoas por família

- 1920 – 4,2
- 1930 – 4,1
- 1960 – 3,7 – 3,4
- 1980 e 1991 – 3,1
- 2001 – 2,8

### Estrutura da família

- Casais com filhos – 64,8% do total de casais
- Famílias unipessoais – 17,3% do total de famílias
- Famílias monoparentais – 11,5% do total de famílias
- Núcleos familiares; famílias reconstruídas – 2,7% do total de casais com filhos

### Tipos de Família:

- Famílias sem filhos
- Nuclear
  - Nuclear – ambos com carreira
- Famílias alargadas
- Família binuclear
- Coabitação heterossexual
- Monoparental
- Novas famílias

### Qual a Função da Família?

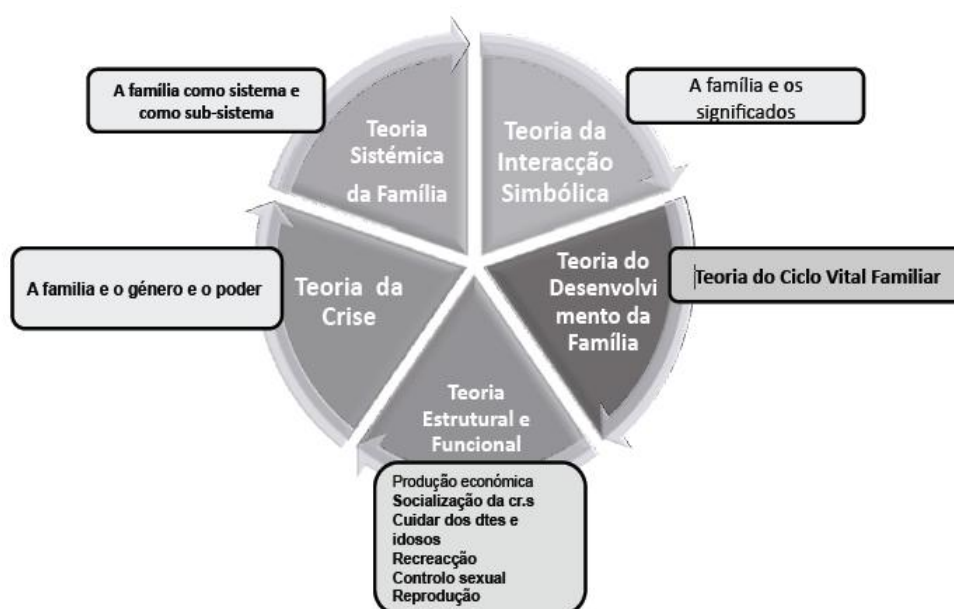
#### **Funções universais da família:**

- Produção económica
- Socialização da criança
- Cuidar dos doentes e idosos
- Recreação
- Controlo Sexual
- Reprodução

#### **As famílias estabelecem padrões:**

- Escolha do cônjuge
- Descendentes
- Herança
- Autoridade

## Perspectivas Teóricas sobre a Família



### Teoria do Ciclo de Vida Familiar – Duvall (1977)

- O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é contexto primário do desenvolvimento humano
- Duvall focaliza a educação dos filhos como o elemento organizador da vida familiar
- A Teoria é uma abordagem que explica a mudança de padrão, a natureza das mudanças, a natureza da dinâmica familiar, e como ocorre a mudança na família
- Nos pontos de transição do ciclo de vida – criam-se rompimentos neste ciclo e produzem-se sintomas de disfunção



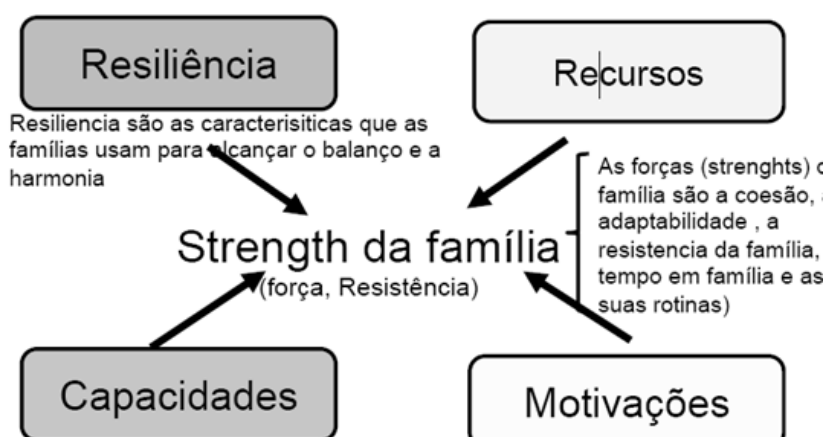
Duvall (1957) citado por Nichols (1984)

## O Stress e a Família

- As famílias estão expostas a stressores, *strains* e transição
- Os acontecimentos inesperados e não planeados são percebidos como stressantes
- Os acontecimentos que ocorrem na família tal como a doença de um filho são mais stressantes do que os que ocorrem fora do sistema (guerra, ...)
- A falta de experiência prévia como o stressor aumenta a percepção da ameaça
- Stressores ambíguos causam maior stress
- Os copings disponíveis para uso pela família e as estratégias de resolução de problemas conduzem à adaptação

(McCubbin, 1993, p. 55). (Friedman, 1998, p. 88). (Allen, 1998)

## As forças (strengths) da Família



### Razões para incluir a família na hospitalização da criança (C.C.C.)

- A família pode contribuir para reduzir os stressores da hospitalização da criança
- A presença da família previne a depressão na criança resultante da sua separação da família durante a hospitalização
- Durante a hospitalização as famílias precisam de aprender a modificar cuidados parentais de forma a cumprir o regime terapêutico após o regresso a casa
- A aprendizagem durante o internamento tem repercussões na saúde dos indivíduos, mesmo após a alta (Anderson 2000)

### Razões para tornar as famílias alvo dos cuidados de enfermagem (C.C.F.)

- As famílias das crianças doentes são atingidas:
  - Por sentimentos de incapacidade de proteger os seus filhos da doença
  - Por incapacidade de manter o seu papel parental
- A saúde de um membro da família e a sua qualidade de vida pode afectar o resto da família (...)
- As famílias das crianças hospitalizadas requerem informação e apoio para tomarem decisões sobre os seus filhos
- As famílias das crianças hospitalizadas têm necessidades como pessoas e como pais, pelo que necessitam de ajuda

### Necessidades dos pais durante a hospitalização do filho

#### **Milles identificou a hierarquização que os pais faziam nas primeiras 72 horas de internamento em UCIP**

- A necessidade de estar com o filho
- A necessidade de informação e apoio
- A necessidade de cuidar do filho
- A necessidade de confiar
- As necessidades Físicas

#### **Krisjanslottir identificou 43 necessidades categorizadas em 6**

- Necessidade de confiar nos profissionais de saúde
- Necessidade de sentirem que os profissionais confiarem nos pais
- Necessidade de informação

- Necessidade de apoio e orientação
- Necessidade relacionadas com recursos físicos
- Necessidades relacionadas com outros membros da família

Hospitalização do filho o que sentem?

Cuidados Centrados na Família – Conceitos

**Cuidados Centrados na Família**, forma de cuidar da família no âmbito do sistema de saúde e que assegura que os cuidados são planeados para e com toda a família **tornando-os** receptor dos cuidados.

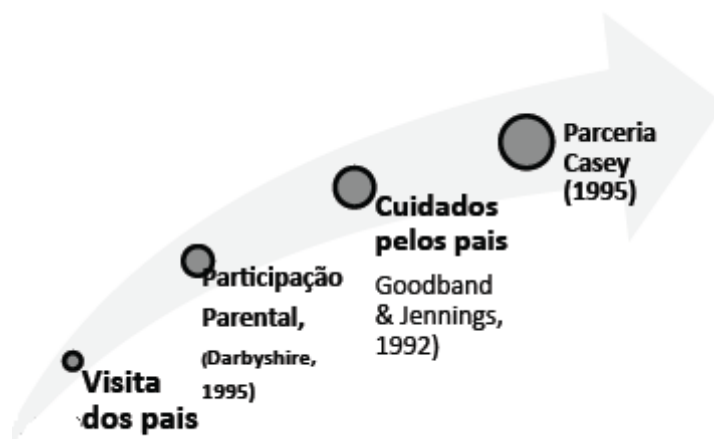
(Shields, Prau, & Hunter, 2006 p. 1318). The Institute for Family-Centered Care (2007)

(...) os profissionais honram:

- As forças (capacidades, a motivação, a resiliência e os recursos)
- A cultura e as tradições
- A experiência que todos trazem para esta relação

(National Center for Family-Centered Care. Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs. (1989). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.)

### **Percurso dos Cuidados Centrados na Família**



Parceria de Cuidados: Negociação – Empowerment - Parceria

### **Parceria de cuidados**

“Pais e enfermeiros trabalham conjuntamente para providenciar cuidados à criança doente”. (Casey, 1995)

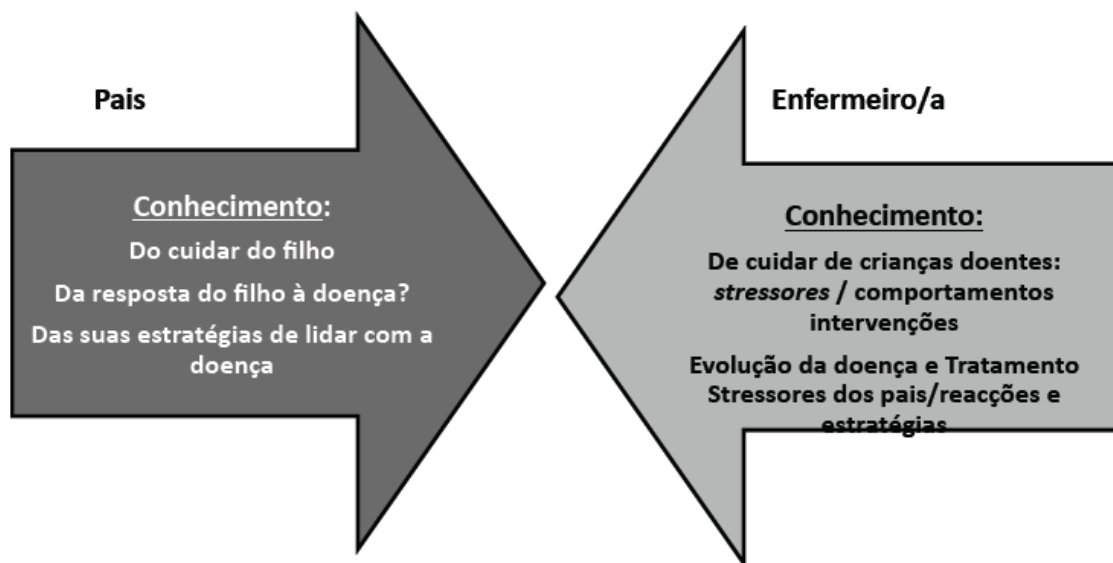


## Empowerment

“Processo de interacção entre profissionais e famílias, de forma a que as famílias adquiram ou mantenham o controlo das suas vidas e reconheçam mudanças positivas que resultem de comportamentos de ajuda que promovam as suas forças, capacidades e acções”. (Wong, 2006)

## Cuidados centrados na família – Parceria

O que trocamos enfermeiros e os pais/pessoas significativas?



## Conceitos Centrais aos C.C.F.

### Dignidade e Respeito

- Os profissionais escutam e honram as **perspectivas** e **escolhas** da família
- Integram os **conhecimentos, valões, crenças e background cultural** no planeamento e prestação de cuidados

### Informação

- Os profissionais de saúde partilham a informação completa e sem distorções, de forma a que esta seja útil para as famílias e doentes
- As famílias e doentes recebem informação a tempo, completa, e precisa de forma a participarem ao nível que desejarem

### Colaboração

- Doentes, família, profissionais de saúde e líderes no sistema de saúde, colaboram:

- Elaboração de políticas
- Desenvolvimento de programas
- Implementação e avaliação
- Estrutura dos espaços na educação de profissionais
- Decisões da prestação de cuidados de saúde

#### Participação

- Os doentes e famílias são encorajadas a cuidar e tomar decisões ao nível que desejarem

Pais e profissionais são encorajados e apoiados na sua decisão de participar ao nível que desejarem e na tomada de decisão.

Papel Parental: Mimar, Embalar, Alimentar, Hidratar, Escolher Roupa, (...)

#### Os irmãos e a hospitalização

Mudança de casa

Redução do tempo com os pais

Alteração da disponibilidade emocional dos pais

Alteração de rotinas

Solidão, medo e preocupação

Ira, ressentimento e inveja

Culpa (pensamento mágico)

Enfermeiro:

Explica reacções

Promover visitas

Ensinar a explicar a doença

Preparar para ver o irmão

## O RN esperado e RN real – O filho doente

Impacto da hospitalização nos pais:

### Stressores:

Desconhecimento da doença e do tratamento

Desconhecimento do ambiente

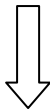
Alteração do papel parental

Alteração dos comportamentos e das emoções do filho doente

Dor na criança

Alterações financeiras (r/c evento)

Reacções dos outros membros da família



Negação e descrença

Revolta ou Culpa (ou ambos)

Medo, Ansiedade

Frustração, Impotência

Depressão



Coping: Estratégias internas de reenquadramentos

Estratégias externas – resolução dos problemas

### Factores que afectam a reacção

- Gravidade da doença
- Experiências prévias
- Procedimentos invasivos
- Sistemas de apoio disponíveis
- Capacidades próprias
- Capacidade de coping
- Outros factores de stress
- Crenças culturais e religiosas
- Padrões de comunicação

### Fases de adaptação à doença

<b>Doença Aguda</b>	<b>Doença Crónica</b>	<b>Doença Terminal</b>
<b>Descrença / Negação</b>	Choque e Negação	Luto Antecipatório
<b>Aceitação</b>	Ajustamento	Luto (pós-morte)
<b>Fases de luto da criança idealizada (RN prematuro/malformação)</b>	Reintegração	

### Avaliação da Família – Situação de Internamento

Identificação

Tipo de família (estrutura, papéis, valores)

Religião

Comunicação

Sistema de Suporte

Cultura

Dados ambientais

### Elementos - Chave dos C.C.F.

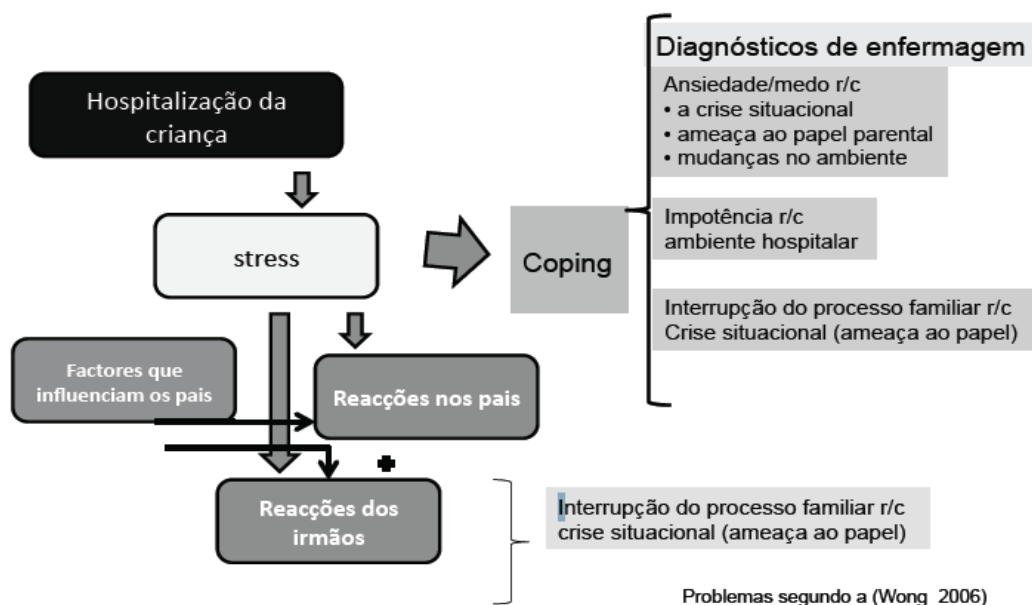
- ✓ Respeito pela família como constante na vida da criança
- ✓ Colaboração profissional e da família
- ✓ Trocar informação completa
- ✓ Reconhecer e honrar a diversidade cultural, (...)
- ✓ Reconhecer e respeitar diferentes métodos de coping
- ✓ Assegurar apoios para responder a necessidades de desenvolvimento, educacionais, emocionais, sociais, económicos e financeiros
- ✓ Facilitar apoio familiar e apoio da rede
- ✓ Apreçar familiar como famílias e crianças como crianças

### Intervenção dos Enfermeiros

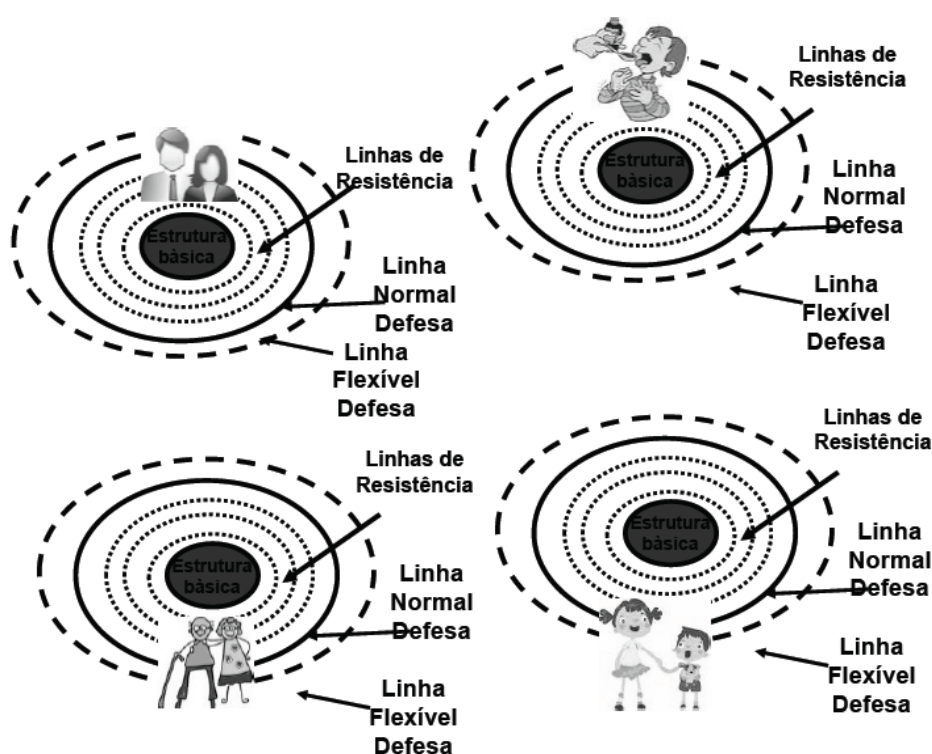
- ✓ Informar
- ✓ Orientar
- ✓ Facilitar/Promover/Apoiar na satisfação das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais

- ✓ Facilitar/Promover o desempenho do papel parental de forma flexível
- ✓ Facilitar/Promover relacionamentos familiares
- ✓ Facilitar/Promover relacionamentos com a comunidade

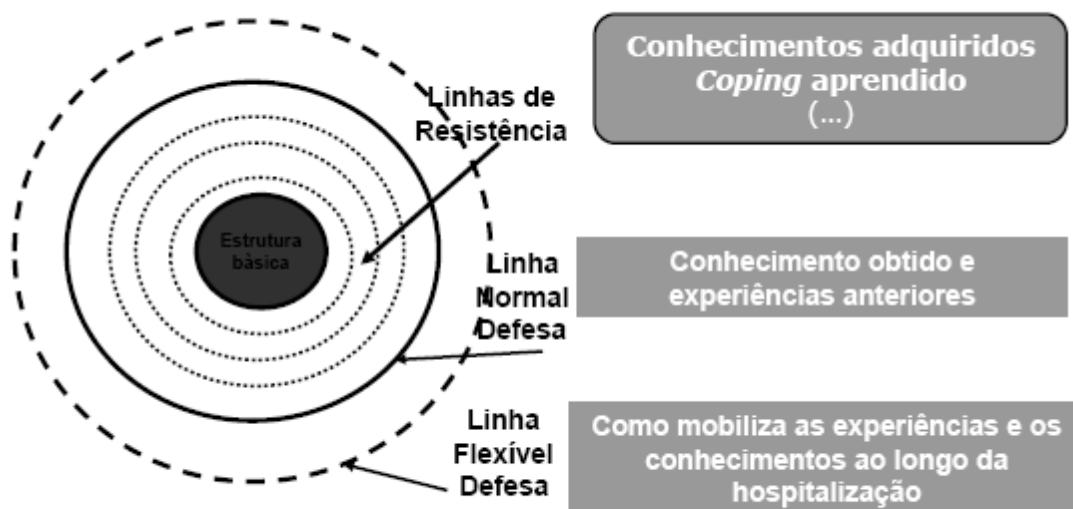
## O impacto da Hospitalização na família



## O Enfermeiro em Pediatria



## Representação Gráfica do Sistema/Cliente – Pais, avós, irmãos e criança



## A família Hospitalizada na Perspectiva do Modelo de Newman

	Cr. doente	Pais	Irmãos	Avós
Stressores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Separação dos pais</li> <li>▪ Perda do papel no grupo</li> <li>▪ Perda de controlo</li> <li>▪ Medo da lesão</li> <li>▪ Medo da morte</li> <li>▪ (...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alterações do papel parental</li> <li>▪ Alteração dos comportamentos e das emoções do filho doente</li> <li>▪ Desconhecimento do ambiente</li> <li>▪ Desconhecimento das doença e tratamento do filho (situações urgentes e críticas)</li> <li>▪ Dor na criança</li> <li>▪ Alterações financeiras</li> <li>▪ Reacções dos outros membros da família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mudança de casa</li> <li>▪ Redução do tempo c/ os pais</li> <li>▪ Alteração da disponibilidade emocional dos pais</li> <li>▪ Alteração das rotinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteração do papel de avós (NICU)</li> <li>▪ Sofrimento dos filhos. (os avós sentem que não conseguem proteger os filhos do conhecimento)</li> </ul>
Indicadores	<p>Indicadores de medo e ansiedade na criança – criança doente e irmãos em função do desenvolvimento e das características do pp.</p> <p>Indicadores de medo e ansiedade nos pais e avós – indicadores de stress no adulto em função de características do pp</p>			

Cr doente	Pais	Irmãos	Avós	Acções para prevenir
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Todas as intervenções (aula parte I hosp. da cr)</li> <li>Ex:</li> <li>•Facilitar presença dos pais</li> <li>• Favorecer a interacção da crianças com os pais</li> <li>•Mudança no ambiente</li> <li>•Manutenção das rotinas da cr.</li> <li>• Administrar analgesia prescrita</li> <li>•Utilizar técnicas de distração</li> <li>•(...)</li> <li>•Preparação da criança p/hosp., cirurgia e procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informar antecipada/ e atempada sobre os cuidados de enfermagem</li> <li>• Promover o cuidar do filho e/ou</li> <li>•Apoiar no cuidar do filho</li> <li>•Estar com o filho</li> <li>•Apoiar os sentimentos</li> <li>•Ajudar a satisfazer as necessidades (...)</li> <li>•Facilitar/promover r/c familiares, comunidade sistema de apoio.</li> <li>• Facilitar contacto apoio espiritual/religioso (em geral)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Promover contacto c/ pais-irmão</li> <li>•Explicar e ensinar a causa do internamento</li> <li>•Orientar a criança quando vem ver o irmão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Promover a visita</li> <li>•Orientar os pais para explicarem aos avós .</li> <li>•Promover material p/ contacto.</li> </ul>	

	Cr doente	Pais	Irmãos	avós
<b>Factores de vulnerabilidade de (core)</b>	Ser do sexo masculino Ter idade inferior a 6 anos	Atraso do desenvolvimento	Idade inferior a 6 anos	
<b>Avaliação</b>	<b><u>A avaliação dos stressors em função do stressor e do desenvolvimento</u></b>			
<b>Benefícios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuperação de saúde</li> <li>▪ Reforço das relações criança e família</li> <li>▪ Aprendizagem da gestão de estresse</li> <li>▪ Novas experiências de socialização: dobre a doença, tratamento, hospitalização e profissões</li> </ul>	Manutenção do papel parental  Aprendizagem de cuidar da criança doente.  Fortalecimento da Relação pais/ criança  Sentimento de confiança resultante do apoio	Sentir que não perderam o lugar na família  Novas aprendizagens . Conhecimento . coping	Manutenção do papel de avós

## Os C.C.F. – Conhecimento actual

Os pais querem participar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim (Neils 1999) Kristjandsottir (1990) Neil (1996) Tourigni (2005) Chapados (2002)</li> </ul>
Que tipos de cuidados querem desenvolver?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Cuidados habituais?"</li> <li>• "Cuidados de monitorização?"</li> <li>• "Cuidados Técnicos"</li> </ul>
Quais as consequências nos pais da sua prestação de cuidados parentais?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuem para: os pais se sentirem pais / manter os hábitos dos filhos / se sentirem peritos</li> </ul>
Quem decide os cuidados que os pais prestam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro?</li> <li>• Pais?</li> <li>• Ambos</li> </ul>

## Cuidados Centrados na Família – Investigação

A investigação desenvolvida até ao presente revela que apesar de ser difícil para muitos profissionais de saúde trabalharem em parceria com os pais há benefícios para todos:

- ✓ Satisfação
- ✓ Melhora a tomada de decisão
- ✓ Diminui ansiedade de pais e crianças
- ✓ Maior resposta às necessidades da família: Informação / confiar nos profissionais / cuidar
- ✓ Melhora a comunicação entre profissionais
- ✓ Ambiente de apoio muto
- ✓ Ambiente propício à aprendizagem
- ✓ Melhor utilização de recursos
- ✓ Reduz custos e tempo de internamento
- ✓ Reduz conflitos

## Cuidados Centrados na Família é uma Mudança de Paradigma

Cuidado Tradicional	Cuidados Centrados na Família
Déficits	Capacidades (Strenghts)
Controlo	Colaboração
Perito	Parceiro
Porteiro do sistema	Partilha de informação
Rigidez	Flexibilidade
Dependência	Empowerment



Mudança dos prestadores de cuidados no sentido não só da procura dos problemas das famílias mas também das suas potencialidades e motivações, sobre as quais se constroem as intervenções de enfermagem.

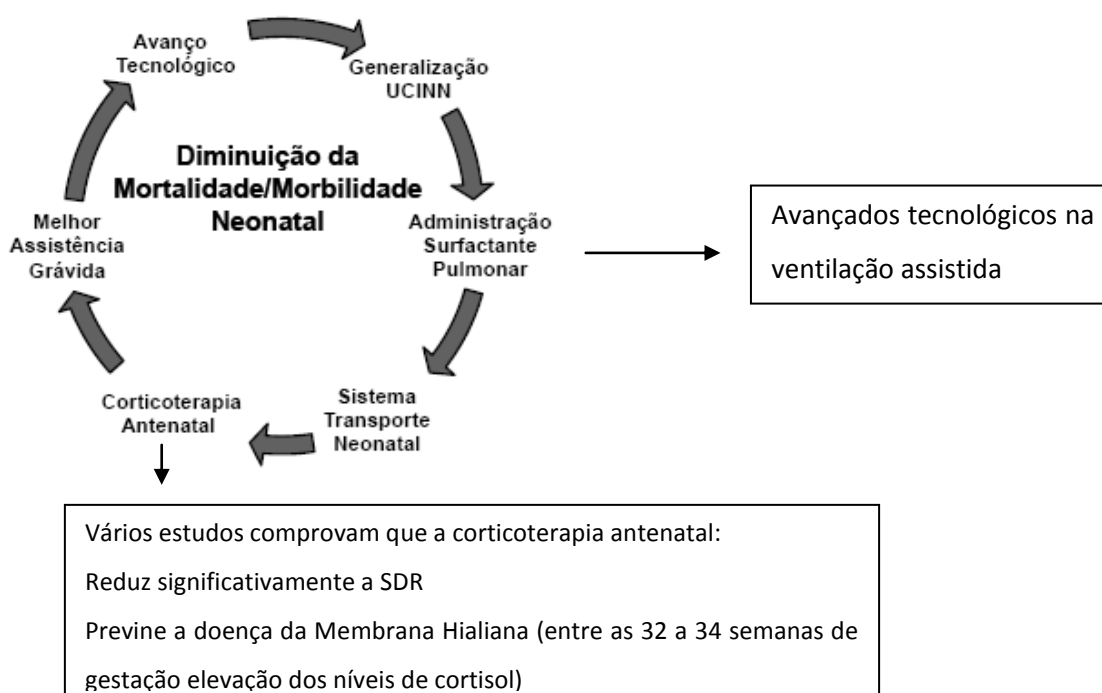
## Recém-Nascido de Risco

### Objectivos

- ✓ Definir o conceito de RN de Risco
- ✓ Identificar os factores determinantes de risco no RN
- ✓ Identificar as complicações que podem estar relacionadas com o RN de risco
- ✓ Identificar os factores que influenciaram a diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade Neonatal
- ✓ Descrever a classificação do RN segundo uma avaliação somática e cronológica.
- ✓ Compreender o mecanismo de produção de bilirrubina no RN
- ✓ Compreender de produção e armazenamento de glicose no RN
- ✓ Identificar os *stressors* no RN de risco

### RN de Risco

- Bebés que correm maior risco relativamente à média dos RN.
- Maior morbilidade e mortalidade em decorrência de distúrbios associados ao nascimento e ajustamento à vida extra-uterina.
- Apresenta instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como consequência de alterações congénitas e metabólicas, prematuridade, asfixia, perinatal, problemas durante a gravidez e parto.
- Necessita de cuidados especiais após o nascimento.



## Classificação do RN de Risco

### Avaliação Cronológica

#### Idade Gestacional

##### INDEPENDENTEMENTE DO PESO AO NASCER

- **RN de termo** - 37/41 semanas de gestação
- **RN pré-termo** gestação inferior a 37 semanas (36 semanas e 6 dias)
- **RN pós-termo** gestação superior a 42 semanas

#### Avaliação Somática – Peso

##### INDEPENDENTEMENTE DA SUA IDADE GESTACIONAL

- **RN MMBP** <1000g
- **RN MBP** <1500g
- **RN Baixo Peso** <2500g
- **RN Normossomático** >2500g<4000g
- **RN Macrossomático** >4000g

#### Avaliação Somática / Cronológica

LIG – Leve para a idade gestacional (< percentil 10)

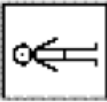

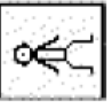
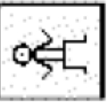














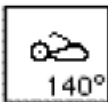





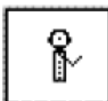



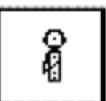




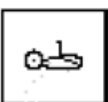

GIG – Grande para a idade gestacional (> percentil 90)

AIG – Adequado à idade gestacional (percentil > 10 < 90)

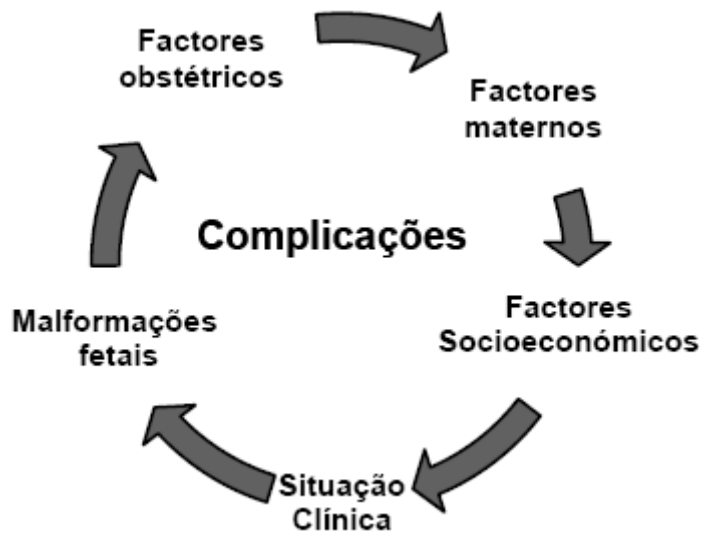
### Avaliação da Idade Gestacional – Maturidade Física (Ballard)

	-1	0	1	2	3	4	5
<b>PELE</b>	Pegajosa, friável, transparente	Gelatinosa, vermelha, transparente	Macia, rosada, veias visíveis	Descamação superficial, poucas veias	Estaladiça, zonas pálidas, veias raras	Estaladiça, descamação profunda, sem vasos	Endurecida, com sulcos, enrugada
<b>LANUGO</b>	Ausente	Escasso	Abundante	Raro	Zonas carecas	Quase Careca	
<b>SULCOS PLANTARES</b>	Calcanhar Dedo 40-50mm = -1 <40mm = -2	Calcanhar Dedo >50mm, sem sulcos	Marcas vermelhas débeis	Apenas sulco anterior transverso	Sulcos nos 2/3 anteriores	Sulcos na totalidade da planta do pé	
<b>MAMILOS</b>	Imperceptíveis	Pouco perceptíveis	Aréola plana, sem mamilo	Aréola pontilhada, mamilo com 1 a 2 mm	Aréola proeminente, mamilo com 3 a 4 mm	Aréola formada, mamilo com 5 a 10mm	
<b>OLHOS E ORELHAS</b>	Pálpebras cerradas: ligeira = -1 forte = -2	Pálpebras abertas, O. achatada e com pregas	O. ligeiramente curva, mole, com retrocesso lento	Orelha bem curvada, retrocesso lento mas completo	Orelha formada e firme com retrocesso instantaneo	Orelha rígida com cartilagem dura	
<b>GENITAIS MASCULINOS</b>	Escroto plano e liso	Escroto vazio, sem rugas	Testículos no canal superior, poucas pregas	Testículos a descer, poucas pregas	Testículos nas bolsas, pregas evidentes	Testículos pendulares, pregas profundas	
<b>GENITAIS FEMININOS</b>	Clitoris proeminente, Lábios planos	Clitoris proeminente, pequenos lábios evidentes	Clitoris e pequenos lábios proeminentes	Grandes e pequenos lábios igualmente proeminentes	Grande lábio > pequeno lábio	Clitoris e pequenos lábios totalmente recobertos	

### Avaliação da Idade Gestacional – Maturidade Neuromuscular (Ballard)

	-1	0	1	2	3	4	5
<b>POSTURA</b>							
<b>JANELA QUADRADA</b>							
<b>FLEXÃO BRAÇO</b>							
<b>ÂNGULO POPLITEU</b>							
<b>SINAL ABRAÇO</b>							
<b>CALCANHAR ORELHA</b>							

## Factores Determinantes do Risco do RN



### Factores obstétricos:

- ✓ História de parto prematuro (anterior)
- ✓ Gravidez não vigiada
- ✓ Gravidez múltipla
- ✓ Gravidez na adolescência ou tardia
- ✓ Descolamento da placenta e placenta prévia
- ✓ Quantidade anormal de líquido amniótico
- ✓ Ruptura prematura de membranas

### Malformações congénitas

- ✓ Cardíacas
- ✓ Turbo neural
- ✓ (...)

### Situação Clínica

- ✓ Prematuridade
- ✓ Incompetência na alimentação/sucção
- ✓ Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR)
- ✓ Hipotermia
- ✓ Hiperbilirrubinémia / Kernicterus
- ✓ Hipoglicemia
- ✓ Infecções

### Competência na Alimentação/Sucção

- ✓ 13 – 15 semanas de gestação – Sucção
- ✓ 30 – 34 semanas – Surtos/Grupos de sucções
- ✓ 34 semanas – Sucção/Deglutição (com coordenação)
- ✓ 36 – 40 semanas – Padrão maturo

### Evolução do Padrão de Sucção Nutritiva

- RN pré-termo quando nasce apresenta um desenvolvimento orofacial imaturo
- Cavidade oral mais pequena
- Mandíbula retraída
- *Sucking pads* pouco desenvolvidas (almofadas que dão estabilidade às bochechas e ajudam na sucção)
- Respiração nasal
- Laringe elevada
- Trompa de eustáquio horizontal

### Métodos de Avaliação do Padrão de Sucção

#### Early Feeding Skills EFS (Thorpe, Susan 2007)

- ✓ Escala desenvolvida para avaliar as capacidades/competência de alimentação do bebé prematuro, minimizar as sequelas do stress alimentar (dessaturação O<sub>2</sub>, consumo excessivo de energia, fadiga).
- ✓ A compreensão das capacidades para a alimentação de um prematuro, vai permitir um planeamento individual, e desenvolver intervenções de suporte.
- ✓ Está a ser implementada a nível nacional em todas as unidades de Neonatologia (Lisboa e Coimbra)
- ✓ 4 Domínios:
  - Competência para manter a concentração e a energia se alimentar
  - Competência na coordenação sucção/deglutição
  - Competência para proteger as vias aéreas e ter uma alimentação segura
  - Competência para se manter estável psicologicamente

## Alteração do Sistema de Termorregulação

- ✓ RN quando nasce apresenta o Centro Termorregulador imaturo.

<b>Mecanismos de Perda</b>	<b>Prevenção da Perda de Calor</b>
<b>Evaporação</b> Perdas cutâneas e respiratórias	<b>Secar rapidamente o bebé</b> <b>Atenção à cabeça</b>
<b>Convecção</b> Perda para a corrente de ar	<b>Ambiente aquecido</b> <b>Proteger das correntes de ar</b>
<b>Condução</b> Perda para objectos em contacto directo com o bebé	<b>Roupa aquecida</b> <b>Toalhas aquecidas</b>
<b>Radiação</b> Perda para superfícies sólidas próximas	<b>Bancada aquecida</b> <b>Tecto aquecido</b>

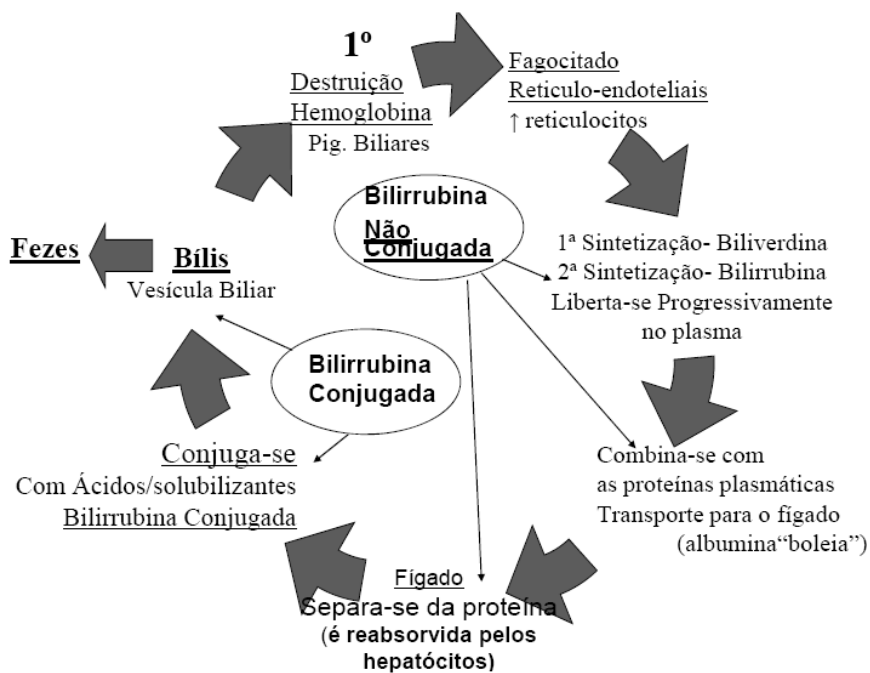
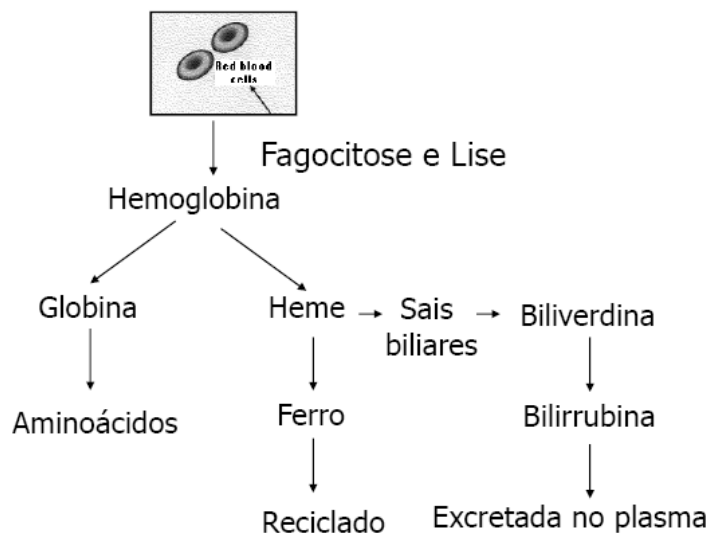
## Sistema Imunitário

- ✓ RN quando nasce apresenta o Sistema Imunitário imaturo
- ✓ Maior vulnerabilidade às infecções:
- Importância do aleitamento materno
  - Prevenção das infecções nosocomiais
  - Manipulação cuidadosa, boa higienização das mãos
  - Cuidados de higiene breves sem retirar a protecção da pele – Vernix
  - Assepsia nos procedimentos

## Hiperbilirrubinémia no RN

- ✓ A bilirrubina é o produto final resultante da decomposição da hemoglobina, quando os glóbulos vermelhos terminam o seu período de vida que no RN pode ter diversas causas, a presença de sangue materno em circulação, a destruição por traumatismo ex. Céfalo-hematoma e a incompatibilidade materno-fetal por isoimunização.

## Decomposição da Hemoglobina





## Icterícia

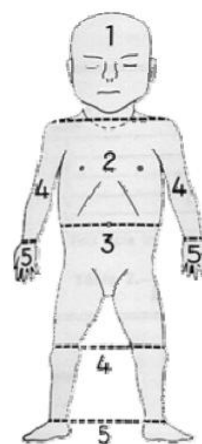
- ✓ Significa cor amarela nos tecidos corporais, incluindo a pele, a esclerótica e os tecidos profundos. Resultante do aumento das quantidades da bilirrubina nos líquidos extra celulares.
- ✓ **Icterícia Hemolítica** (a função excretora do fígado está intacta)
  - Resulta da destruição de glóbulos vermelhos, e os hepatocitos não conseguem excretar toda a bilirrubina (imaturidade) resultante num aumento da bilirrubina não conjugada (combinada com uma proteína) em circulação no plasma.

### Icterícia Hemolítica – Aumento da bilirrubina indirecta/não conjugada

- Fisiológica
- Patológica (por doença hemolítica)

Classificação de Kramer (evolução da icterícia no sentido Céfalo-Caudal relacionado com a subida da bilirrubina indirecta/não conjugada)

Localização anatómica da icterícia	Nível sérico da bilirrubina não conjugada/indirecta
Cabeça e pescoço	De 4,3 a 7,8 mg/dl
Até cicatriz umbilical	De 5,4 a 11,1 mg/dl
Até joelhos e cotovelos	De 8,1 a 12,2 mg/dl
Até tornozelos e punhos	De 16,5 a 18,8 mg/dl
Plantas dos pés e palmas das mãos	>15 mg/dl



## Intervenção do Enfermeiro

- ✓ Detectar precocemente a Hiperbilirrubinémia do RN
- ✓ Intervir de modo a prevenir complicações, vigilância da coloração da pele e esclerótica, alimentação precoce, esvaziamento intestinal e hidratação
- ✓ Bilisheck (valores ligeiramente mais baixos)
- ✓ Vigilância na evolução dos valores da bilirrubina prevenir *Kernicterus*

## Tratamento

- ✓ Monitorização da bilirrubina sérica (bilischeck)
- ✓ Alimentação Precoce (aumento reflexo gastocólico, estimula a excreção das fezes, diminui a reabsorção intestinal do urobilinogéneo)
- ✓ Indução das dejectões com bebégel®
- ✓ Hidratação
- ✓ Fototerapia intermitente ou contínua
- ✓ Promover o vínculo pais/RN

## Indicações para Fototerapia/Exsanguínea Transfusão

Características	Fototerapia	Exsanguíneo Transfusão
<b>RN termo s/ hemólise</b>	13 – 15 mg/dl	23 – 25 mg/dl
<b>RN termo c/ hemólise</b>	10 – 12 mg/dl	17 – 20 mg/dl
<b>RN Pré-termo &lt; 1kg</b>	Profilática	9 -12 mg/dl
<b>1kg – 1,5kg</b>	8 mg/dl	12 – 17 mg/dl
<b>1,5kg – 2,5kg</b>	10 mg/dl	15 – 20 mg/dl

## Fototerapia – Intervenções do Enfermeiro

- ✓ Não utilizar substâncias gordurosas na pele após a higiene
- ✓ Monitorização da temperatura corporal
- ✓ Proteger o sensor da temperatura da luz
- ✓ Proteger os olhos
- ✓ Hidratação
- ✓ Mudança de posição (alternância de decúbitos)
- ✓ Se estiver no *Billibed* sem o fato proteger os joelhos com opsite (decúbito ventral)
- ✓ Estimular a mãe a retirar o leite materno e congelar para que mantenha a sua produção (caso haja indicação para interromper o aleitamento)
- ✓ Suporte emocional aos pais e familiares (ansiedade dos pais ao presenciarem o filhos de olhos tapados debaixo de uma luz intensa, risco no processo de vinculação)
- ✓ Estimular a relação pais/filho nos momentos de pausa para a alimentação e proporcionar momentos de privacidade
- ✓ Estar atento a sinais de isolamento social dos pais

## Icterícia Patológica – Doença Hemolítica

- ✓ Causa mais comum da Hiperbilirrubinémia patológica no RN
- ✓ Ocorrem quando os grupos sanguíneos da mãe e do RN são diferentes incompatibilidade do factor RH e/ou ABO

Kernicterus (termo de origem grega “Núcleo amarelo”)

- Ou neurotoxicidade da bilirrubina, impregnação amarela macroscópica dos gânglios basais do hipocampo e de certos núcleos do tronco cerebral associados a alterações histológicas específicas de degeneração e necrose dos neurónios
- Raramente acontece com valores <25 mgr/dl no RN de termo

## Intervenção do Enfermeiro

- ✓ Colocar o RN em fototerapia e proteger o RN
- ✓ Colaborar na Exsanguíneo Transfusão (ET)
- ✓ Prevenir complicações da ET
- ✓ Suporte emocional aos pais e familiares

## Hipoglicémia Neonatal

Quando a glicose plasmática é:

- Nas primeiras 72h < 30 mg/dl (com 40 mg/dl vigiar!)
- Após 72h  $\leq$  40 mg/dl
- Todas as situações de glicemias < 40 mg/dl após 72h de vida sejam RN de termo, prematuros, LIG e GIG

Após o Nascimento...

- Alteração sérica que obriga o RN a recorrer às reservas acumuladas durante a gestação
- Alterações que serão de maior ou menor gravidade consoante as reservas que o RN adquiriu durante a gestação

**Causas:**

- Prematuridade
- Má nutrição intra-uterina
- Diabetes Materna
- Septicemia
- Anoxia perinatal

**Manifestações Clínicas da Hipoglicémia**

- Nas situações menos graves:
  - Muitas vezes é assintomática
  - Ligeira hipotonia
- Nas situações mais graves:
  - Choro fraco/intenso
  - Tremores
  - Recusa alimentar
  - Hipotonia generalizada
  - Alterações da frequência respiratória (apneias)
  - Hipotermia
  - Coma

**Objectivos da Intervenção**

- ✓ Situações de Hipoglicemia no RN são muito comuns e consideradas urgências Neonatais
- ✓ Compreender e reconhecer precocemente as alterações de modo a que não hajam grandes alterações no metabolismo e nos níveis de glicose no plasma, irão permitir que a criança tenha um desenvolvimento adequado

**Intervenção de Enfermagem**

- ✓ Observação do RN (manifestações clínicas)
- ✓ BMTeste 2/2h e em S.O.S. (quando há presença de sinais e sintomas de hipoglicemia)
- ✓ Administração de glicose hipertónica P.O. em S.O.S
- ✓ Alimentação precoce

### Prognóstico

- Se hipoglicémia grave não corrigida pode provocar:
  - Lesão cerebral por destruição dos neurónios (na ausência de glicose) com repercussões que dependem do grau de destruição

### Perigo! Hiperglicemia

- Valores > 150 mg/dl
- Aumento glicose no plasma → osmolaridade intravascular → Hipertensão → aumento hemorragias cerebrais como consequência de uma grande fragilidade vascular do RN



### PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Objectivo – Fortalecer a linha flexível de defesa  
O Conhecimento dos *stressors* para antecipar as possíveis consequências

- Acções para prevenir a invasão dos *stressors*

- Vigilância Gravidez (C S Primários)
- Assistência Parto
- Corticoterapia Antenatal
- Higienização/Manipulação
- Procedimentos Assepsia
- Av. Bilirrubina sérica (Bilishek)
- Alimentação Precoce
- Esvaziamento intestinal
- Hidratação

### PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

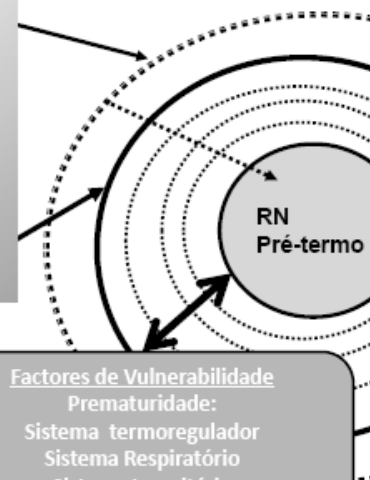
Objectivo - Manter o equilíbrio da estrutura interna

Incubadora

Monitorização temperatura corporal

Monitorização O2 TC

Monitorização da Glicemia



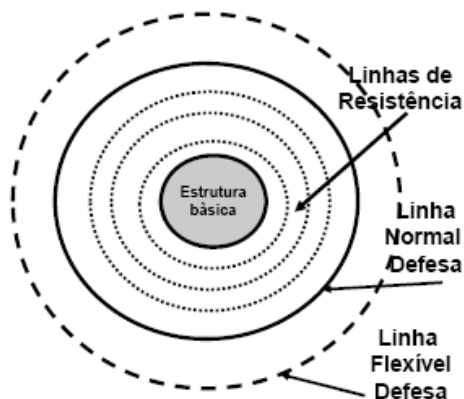
### Factores de Vulnerabilidade

Prematuridade:

- Sistema termoregulador
- Sistema Respiratório
- Sistema Imunitário
- Sistema gastrointestinal (...)

## SISTEMA/CLIENTE

### RN RISCO



### Stressores Intrapessoais

Imaturidade de todos os sistemas nomeadamente

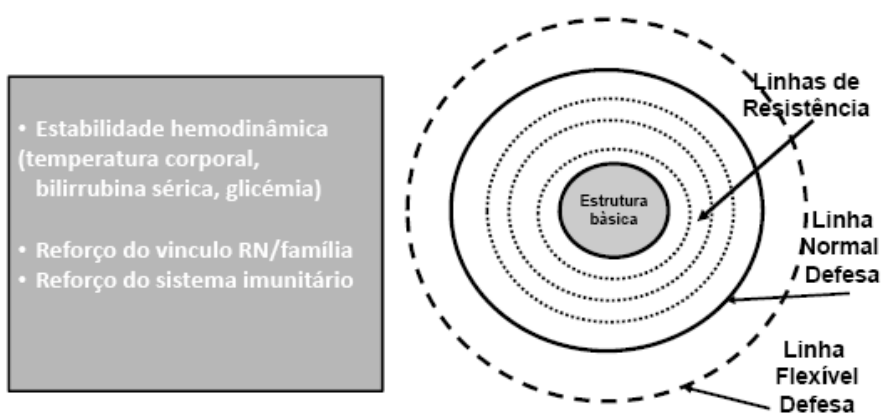
Ciclo de degradação da hemoglobina (Hemólise)

Glicogenese

### Stressores Extrapessoais

- Temperatura Ambiente
- Bactérias/Vírus

## Resultados da intervenção



## A Criança e o Jovem com Necessidades Especiais

### Objectivos:

- Descrever os conceitos de: Doença crónica/Deficiência/NE/NSE/Funcionalidade e incapacidade
- Descrever/Enumerar as tendências nos cuidados à Criança/Jovem com Necessidades Especiais e sua Família
  - Intervenção Precoce
  - Abordagem Positivista
  - Cuidados Continuados
  - Cuidados Centrados na Família/Empowerment
  - “Normalização”/Inclusão na Sociedade
  - (Re)Habitação
- Descrever as reacções mais comuns da criança, jovem e família à doença crónica/incapacidade
- Identificar as principais necessidades destas crianças, jovens e suas famílias
- Identificar as estratégias nas intervenções de enfermagem face à criança, jovem com doença crónica/incapacidade e sua Família
- Identificar os principais recursos da Família para dar resposta às suas necessidades no processo de adaptação

“Os avanços dos últimos anos no domínio da ciência e da tecnologia, permitem prolongar a evolução de muitas doenças até agora mortais, tendo como consequência a crescente preocupação pelos problemas das doenças crónicas/incapacitantes na idade pediátrica ... crianças que requerem cuidados de saúde especiais de uma forma continuada, levantando um novo desafio para as famílias, profissionais de saúde e educadores”

(MALHEIRO E CEPÊDA, 2006)

### Necessidades de Saúde Especiais (NSE)

“Considera-se **NSE** as que resultam dos **problemas de saúde físicos e mental** que tenham impacto na funcionalidade, **produzem limitações acentuadas** em qualquer



órgão ou sistema, que impliquem irregularidade na frequência escolar e possam **comprometer o processo de aprendizagem**”.

(PNS 2004-2010)

São as que têm ou estão em **risco** de desenvolver uma condição crónica ao nível físico, do desenvolvimento, comportamento ou emocional e que também **requerem cuidados de saúde** em tipo e quantidade, para além das que são requeridas para as outras crianças de uma forma geral.

(MacPHerson, M et al, 1998)

Estas crianças dependem de meios tecnológicos, tais como oxigenoterapia, ventilação assistida por traqueostomia, aerossoloterapia, administração de terapêutica endovenosa, diálise peritoneal, entre outros (CHAREPE, 2004)

### Doença Crónica

“doença de curso **prolongado**, com evolução dos sintomas e com aspectos multidimensionais, **potencialmente incapacitantes**, que afecta, de forma prolongadas, as funções psicológicas ou anatómicas, com **limitações acentuadas** nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se **repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social** da pessoa por ela afectada”.

Artigo 5º do Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho

A doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem que ser considerada no contexto de vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado.

Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho  
nº861/99 de 10 de Setembro

## Definição de Deficiência

“Considera-se pessoa com deficiência aquela que, **por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida**, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, **apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação** em condições de igualdade com as demais pessoas”.

Decreto-Lei nº38/2004 de 18 de Agosto

Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da **pessoa com deficiência**.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º A presente lei define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

Artigo 2.º Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Artigo 3.º Objectivos

Constituem objectivos da presente lei a realização de uma política global, integrada e transversal de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, através, nomeadamente, da:

- a) Promoção da igualdade de oportunidades, no sentido de que a pessoa com deficiência disponha de condições que permitam a plena participação na sociedade;
- b) Promoção de oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida;
- c) Promoção do acesso a serviços de apoio;
- d) Promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência.

Princípio da singularidade

À pessoa com deficiência é reconhecida a singularidade, devendo a sua abordagem ser feita de forma diferenciada, tendo em consideração as circunstâncias pessoais.

#### Artigo 5.º Princípio da cidadania

A pessoa com deficiência tem direito ao acesso a todos os bens e serviços da sociedade, bem como o direito e o dever de desempenhar um papel activo no desenvolvimento da sociedade.

#### Artigo 6.º Princípio da não discriminação

1 - A pessoa não pode ser discriminada, directa ou indirectamente, por acção ou omissão, com base na deficiência.

2 - A pessoa com deficiência deve beneficiar de medidas de acção positiva com o objectivo de garantir o exercício dos seus direitos e deveres corrigindo uma situação factual de desigualdade que persista na vida social.

### Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)

- Introduz uma mudança radical de paradigma, do modelo médico para um modelo biopsicosocial e integrado na funcionalidade e incapacidade humana.

(CIF-OMS 2001)

- Defini funcionalidade e incapacidade como conceitos multidimensionais e interactivos que relacionam:
  - As funções e estruturas do corpo da Pessoa
  - As actividades e tarefas que a Pessoa faz
  - Os factores do meio-ambiente que influenciam essas experiências (Fac. Ambientais)

(Aprovado na 54ª Assembleia Mundial de Saúde em Maio 2001- Traduzido para Português em 2003)

### Definição de Funcionalidade

É o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, actividades e participação. Corresponde aos aspectos POSITIVOS da interacção entre um indivíduo e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)

(CIF-OMS 2001)

O termo handicap está muito estigmatizado e direccionado para as incapacidades, surge o conceito de hability /funcionalidade que resulta da interacção das funções e estruturas do corpo a realizar determinadas tarefas inerentes à vida do individuo e se ele é capaz de as fazer mesmo com adaptações ou meios auxiliares ele é funcional ou seja tem habilidade para (...)

### Definição de Incapacidade (*Disability*)

É o termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Corresponde aos aspectos NEGATIVOS da interacção entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)

Não é vista como uma mera consequência de uma deficiência, mas sim, como resultado da interacção da Pessoa com o meio ambiente.

(CIF-OMS 2001)

Quando as funções ou partes do corpo em interacção com o meio para realizar uma tarefa ele não é funcional ou não é capaz definimos por incapacidade ou disability.

### Tendência no Cuidado à Criança com NE

- ✓ Intervenção precoce
- ✓ Abordagem Positivista: Foco na funcionalidade com base nas capacidades/potencialidades
- ✓ Cuidados Continuados
- ✓ Empowerment
- ✓ “Normalização”/Inclusão na Sociedade
- ✓ (Re) Habitação

### Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil

“Apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis”

“Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados”

## Intervenção Precoce

“... a intervenção precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na família ...”

“Diversos estudos demonstram que **quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior é a sua eficácia**” ... intervenção é iniciada logo após o nascimento ou pouco tempo após ser feito o diagnóstico de deficiência ou de alto risco, **os ganhos ao nível do desenvolvimento são maiores e a probabilidade de se manifestarem outros problemas é menor.**”

“A intervenção Precoce pode ter uma natureza preventiva secundária ou primária: procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência”

*Meisels e Shonkoff (1992)*

Dec-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro – É criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

A Intervenção Precoce destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

A Intervenção Precoce pode ter uma natureza preventiva secundária ou primária: procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência.

Os programas de Intervenção Precoce devem, sempre que possível, decorrer no meio ambiente onde vive a criança. Habitualmente a intervenção inicia-se na sinalização; geralmente feita pelo hospital, creche, jardim infantil, ou pela própria família. Seguidamente é realizada a avaliação/diagnóstico e implementado um programa de intervenção.

A intervenção Precoce pode iniciar-se entre o nascimento e a idade escolar, no entanto há muitas vantagens em começar o mais cedo possível.

Porquê intervir precocemente?

Existem três razões fundamentais:

- Quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior é potencial de desenvolvimento de cada criança;

- Para proporcionar apoio e assistência à família nos momentos mais críticos;
- Para maximizar os benefícios sociais da criança e família

A investigação nesta área já demonstrou que grande parte das aprendizagens e do desenvolvimento ocorre mais rapidamente na idade pré-escolar. O momento em que é proporcionada a intervenção é, por isso, particularmente importante já que a criança corre o risco de perder oportunidades de desenvolvimento durante os estádios mais propícios. Se esses momentos não forem aproveitados, mais tarde a criança pode vir a manifestar maiores dificuldades de aprendizagem.

Estudos recentes acentuam o facto de que o potencial de cada criança só é completamente manifesto se houver a identificação precoce e uma intervenção programada e individualizada.

Os serviços de Intervenção Precoce podem ter um impacto significativo nos pais e irmãos das crianças em risco. As famílias destas crianças geralmente vivem sentimentos de decepção, isolamento social, stress, frustração e desespero. O stress acrescido que a presença de uma criança com deficiência implica pode afectar o bem-estar da família e interferir no desenvolvimento da criança. As famílias de crianças com deficiência são mais susceptíveis a viver situações como o divórcio e o suicídio e, de igual forma, as crianças com deficiência são mais susceptíveis ao abuso e negligência do que as crianças sem deficiência.

## Objectivos da Intervenção Precoce

### Dimensões da Intervenção Precoce

→ Prevenção

→ Habilitação

- ✓ Promover a competência e independência
- ✓ Facilitar o desenvolvimento
- ✓ Promover a generalização das suas capacidades

- ✓ Proporcionar e preparar para exp. Normalizadas
- ✓ Prevenir o aparecimento de futuras dificuldades
- ✓ Apoiar as famílias na realização dos seus objectivos
- ✓ Apoiar as famílias de forma a melhorar as competências parentais na facilitação do desenvolvimento dos seus filhos e na defesa dos seus direitos
- ✓ Promover interacções positivas no seio da família

Bailey & Woley, 1992

A Intervenção Precoce deve resultar no desenvolvimento de melhores atitudes parentais relativamente a eles mesmos e ao seu filho com deficiência. Deve proporcionar mais informação e melhores competências para lidar com a sua criança, e incentivar a libertação de algum tempo para o descanso e lazer.

Um outro motivo que justifica a importância da Intervenção Precoce diz respeito aos ganhos sociais alcançados. O incremento do desenvolvimento da criança envolve a diminuição das situações dependentes de instituições sociais, o aumento da capacidade da família para lidar com a presença de um filho com deficiência, e o possível aumento das suas capacidades para vir a ter um emprego.

Factores que são comuns aos programas de Intervenção Precoce que obtém melhores resultados. São eles:

- A idade da criança à data do início da intervenção;
- O envolvimento dos pais;
- A intensidade e/ou estruturação do modelo do programa de Intervenção Precoce adoptado.

Diversos estudos demonstram que quando mais cedo se iniciar a intervenção maior é a sua eficácia. Quando a intervenção é iniciada logo após o nascimento ou pouco tempo após ser feito o diagnóstico de deficiência ou de alto risco, os ganhos ao nível do desenvolvimento são maiores e a probabilidade de se manifestarem outros problemas é menor. O envolvimento dos pais na intervenção é também muito importante. As famílias de crianças, com deficiência ou em risco, necessitam de um maior apoio social e instrumental e de desenvolver as competências necessárias para lidar com os filhos com necessidades especiais.

Os principais resultados da Intervenção com a família dizem respeito ao aumento da capacidade dos pais para lidarem com o problema da criança, que leva necessariamente

à redução do stress familiar. Estes factores aparentam desempenhar um papel importante no sucesso dos programas de intervenção junto da criança.

### Abordagem Positivista

Focalizar a apreciação e os cuidados a estas crianças ao nível evolutivo, ou seja, com base nas aquisições feitas e na motivação para desenvolver as suas capacidades de acordo com as suas potencialidades. Esta abordagem positivista também preconiza a evolução da família, necessidades dos diferentes membros da família para se adaptar e reorganizar de um modo funcional

(Hockenberry, 2006)



### Intervenção de Enfermagem Criança/Jovem com NE

A chave do Processo está numa intervenção baseada na filosofia dos **Cuidados Centrados na Família**

Os pais/criança e jovem são integrados nos cuidados especiais ao seu filho, aprendem a executar e responsabilizam-se por eles, o enfermeiro estabelece parcerias e assumem um papel de consultor (supervisão, clarificação e orientação)

(Schor, 2005)



## Cuidado Continuados

### Carta da Criança Hospitalizada 1º Princípio

“A criança só deve ser admitida no hospital se os cuidados não puderem ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”

- Permite que estas crianças permaneçam o menor tempo possível no hospital e desta forma contribuir para a sua integração social e familiar e promover ao máximo o crescimento e desenvolvimento o mais harmonioso possível à criança/jovem.
- A intervenção dos CC hospitalares será de suporte num fase inicial, progressivamente a família e os cuidados de saúde primários são responsabilizados pelos cuidadores, cabendo à equipa dos CC hospitalares a supervisão, vigilância e suporte quando requerida pela família ou CSP.

«Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Para os pais a hospitalização é igualmente um acontecimento traumático, frequentemente acompanhado por sentimentos de culpabilização por não terem protegido a criança da doença inicial nem de a conseguirem controlar no domicílio. Os sentimentos de ambivalência são frequentes, pois por um lado, têm de aceitar a realização de procedimentos invasivos e dolorosos para o seu filho e, por outro, querem protegê-lo das «agressões» do internamento. O sentimento de perda do poder de decisão sobre o filho e o facto de não se sentirem os principais prestadores de cuidados conduz a sentimentos de insegurança, que são transmitidos à criança.

Por estes motivos, cuidar da criança em casa torna-se uma vantagem para a criança e família pois, permite que a família se mantenha unida, sem constantes quebras no equilíbrio familiar. Os benefícios de cuidar em casa quer para a criança quer para os pais devem ser tidos em conta por todos os profissionais de saúde. Assim, o modelo de parceria de cuidados proposto por CASEY (1988) rf. Por FARRELL (1994) é o ideal

para a prestação de cuidados a estas crianças, pois preconiza que os pais sejam os cuidadores, com o contributo mínimo dos profissionais de saúde.

Neste sentido, a preparação para a alta é fundamental para garantir a continuidade de cuidados com maior qualidade de vida para a criança e família. De acordo com as directrizes do ponto 1 da Carta

Europeia da Criança Hospitalizada, a criança só deve ser admitida no hospital se os cuidados não puderem ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia, pelo que a operacionalização do programa de cuidados continuados é uma exigência para estas crianças.

## UMAD – Unidade Móvel de Atendimento Domiciliário

### “Empowerment”

- ✓ Quando a Família se adapta à condição crónica do seu filho e estão aptos a viver com isso, seguem e acompanham a criança na sua vida familiar/social/escolar/espiritual respeitando as suas limitações e incapacidade procurando dar ênfase às suas competências e habilidades (reforço positivo).
- ✓ Quando a família está preparada para tomar decisões, e dar resposta às necessidades, afectivas e emocionais, de saúde, sociais, psicológicos de toda a família (incluindo a dos próprios).
- ✓ Quando a família estabelece uma rede de apoio e procuram ajuda quando sentem necessidade.

(Lee, 1997; Polly, 1999; Hockemberry, 2007)

### “Normalização”

Importa distinguir “Normalização” de “Tornar Normal”, este conceito refere-se à Integração da criança/jovem com necessidades especiais na sociedade.

- Inclusão na Escola
- Actividades Extra Escolares
- Independência/Emprego

Avaliar os recursos internos e externos da família/comunidade e garantir que estes têm o suporte necessário para dar resposta às suas necessidades.

Colocar no processo de reorganização da família e permitir sua funcionalidade (equilíbrio) com as adaptações necessárias às necessidades especiais da criança/jovem.

(Hockenberry, 2007)

A inclusão da criança/jovem na escola constitui um dos maiores obstáculos à “Normalização”, e a equipa de saúde escolar em colaboração com a família, o jovem e a comunidade escolar, tem um papel fundamental neste processo.

Exige uma intervenção multidisciplinar, antecipada e cuidadosa, de preparação da escola para receber a criança/jovem com NE no início do ano lectivo e manter uma monitorização (*bullying*, estigma que pode ser acentuado com uma intervenção da equipa de saúde exclusiva para esta criança).

## Reabilitação

É um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social.

Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito.

Em Portugal, habitualmente utilizamos o termo *Reabilitar* (provável influência do movimento de um grande número de deficientes pós guerra, motivados pela revolução de 25 de Abril) que significa o “restabelecimento de uma função ou de uma capacidade adaptativa que o indivíduo já possuía e perdeu”. Apesar deste termo continuar a ser utilizado, deixa de fazer sentido em situações cujas as funções ou capacidades adaptativas não foram ainda adquiridas. Neste sentido, actualmente o termo mais adequado é o de *Habilitar* que para Rodrigues (2001), consiste num processo interventivo cujo o objectivo é desenvolver ao máximo as capacidades de adaptação e autonomia de um indivíduo em que todo este processo implica, a “utilização de recursos metodológicos, ecológicos, relacionais e materiais”.

### **Em que situações é necessária a medicina física e de reabilitação?**

Doenças crónicas – Nas sociedades modernas, a melhoria das condições de vida, os avanços medicocirúrgicos e a promoção e a generalização dos cuidados de saúde levaram ao aumento da longevidade e, como tal, ao progressivo crescimento do número

de idosos. Paradoxalmente, ampliou-se, a par do aumento da esperança de vida, o número de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes.

Sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto – Os progressos na protecção materna e infantil permitem, hoje em dia, por seu turno, salvar crianças que sobrevivem com graves sequelas neurológicas ou outras lesões.

Acidentes de trânsito e de trabalho – A evolução tecnológica e as alterações nos estilos de vida têm levado ao surgimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de doenças cardiovasculares, em idades cada vez mais jovens e produtivas.

### **Qual a abrangência da reabilitação?**

Para uma plena realização, as acções de reabilitação devem abranger campos complementares, como a saúde, a educação, a formação, o emprego, a segurança social, o controlo ambiental, o lazer, entre outros.

## **Habilitação**

Consiste num processo interactivo cujo objectivo é desenvolver ao máximo as capacidades de adaptação e autonomia de um indivíduo em que todo este processo implica, a “utilização de recursos metodológicos, ecológicos, relacionais e materiais”.

(Rodrigues 2001)

- Sistema de comunicação aumentativa móvel
- Sistema de controlo do computador pelo olhar
- Sistema de controlo do rato pelo movimento da cabeça

Brinquedos adaptados que permitem que a criança tenha as mesmas experiências.

### **SECÇÃO II Dec Lei nº 38/2004 de 18 de Agosto**

Habilitação e reabilitação

Artigo 25.º

Habilitação e reabilitação

A habilitação e a reabilitação são constituídas pelas medidas, nomeadamente nos domínios do emprego, trabalho e formação, consumo, segurança social, saúde, habitação e urbanismo, transportes, educação e ensino, cultura e ciência, sistema fiscal, desporto e tempos livres, que tenham em vista a aprendizagem e o desenvolvimento de aptidões, a autonomia e a qualidade de vida da **pessoa com deficiência**.

Artigo 26.º

**Direito ao emprego, trabalho e formação**

1 - **Compete ao Estado** adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o direito de acesso ao emprego, ao trabalho, à orientação, formação, habilitação e reabilitação profissionais e a adequação das condições de trabalho da pessoa com deficiência.

2 No cumprimento do disposto no número anterior - anterior, o Estado deve fomentar e apoiar o recurso ao auto-emprego, teletrabalho, trabalho a tempo parcial e no domicílio.

**Artigo 27.º****Conciliação entre a actividade profissional e a vida familiar**

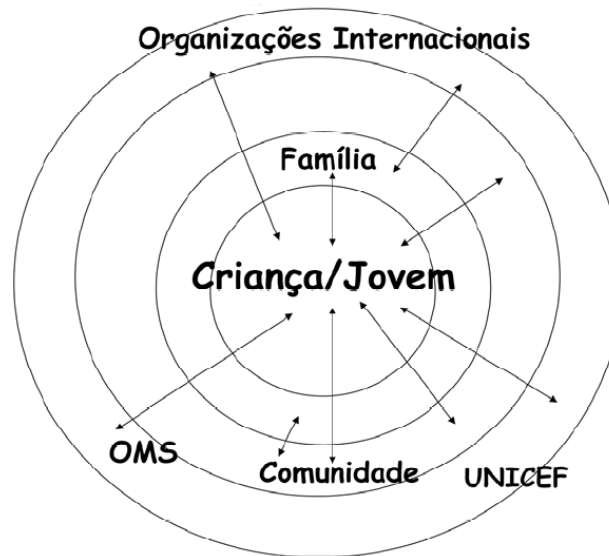
Compete ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o direito de conciliação entre a actividade profissional e a vida familiar da pessoa com deficiência, bem como dos familiares com pessoas com deficiência a cargo.

**Artigo 28.º****Quotas de emprego**

1 - As empresas devem, tendo em conta a sua dimensão, contratar pessoas com deficiência, mediante contrato de trabalho ou de prestação de serviço, em número até 2% do total de trabalhadores.

2 - O disposto no número anterior pode ser aplicável a outras entidades empregadoras nos termos a regulamentar

## Impacto da Doença Crónica/Incapacidade na Criança/Jovem, Família e Comunidade



As decisões ao nível internacional e dos líderes políticos influenciam a vida destas crianças/famílias/comunidades.

O impacto que a doença crónica tem na família varia de acordo com:

- ✓ A família
- ✓ Características da Doença (gravidade e funcionalidade, visibilidade, evolução, início, etiologia, raridade, tratamento)
- ✓ Características Interpessoais da Criança e da Etapa de Desenvolvimento em que se encontra

A condição crónica/incapacidade da criança/jovem constitui um factor de stress para todos os membros da família e habitualmente provoca alterações no estilo da vida que requerem um adaptação.

(Barros, 2005)

O estilo de vida muda, tal como a atmosfera e relações interpessoais entre os membros da família. Tudo isto tem um impacto entre os membros da família. Tudo isto tem um impacto directo ou indirecto na família e diferentes respostas são lhes exigidas para lidarem com a situação, tais como as:

- Alterações hábitos (alimentares, desportos, ...)

- Alterações financeiras (mais custos)
- Alterações Ocupacionais (laborais/lazer)
- Alteração Dinâmica familiar (readaptação funcional)

A resposta a esta Crise familiar habitualmente é caracterizada pelas seguintes **reações**: Choque, Negação, Depressão/culpabilização, Adaptação e Reorganização.

**“Aceitação... não é mais do que uma miragem do Profissional, na verdade muito pouco adequada”**

(Barros, 1999)

Processo de resposta nas diferentes **fases**:

- Diagnóstico (crítico)
- Fase de adaptação
- Crises de agudização
- Manutenção da saúde (domicílio/cuidados de saúde primários)

→ Diagnóstico (crítico)

O choque é caracterizado por uma intensa emoção, sendo a **negação** a reacção inicial mais frequente.

“...o escudo mais comum e poderoso quando temos que lidar com uma situação aterrorizante”

A negação é o mecanismo de coping em que existe uma tentativa de fuga à realidade e uma manutenção de esperança, sendo esta reacção considerada por vários autores adequada e necessária dentro de certos limites, **podendo tornar-se um sintoma mal-adaptativo à crise** por impedir os pais de reconhecerem as necessidades de saúde da criança imprescindíveis ao seu desenvolvimento.

(Brazelton, 1993)

Incapacidade (**escutar e pensar**) para responderem às solicitações sejam elas da família ou da própria criança, tornando-se muito vulneráveis e dependentes do contacto com a equipa de saúde.

**Importante!** Informação deve ser restrita, responder apenas às questões que os pais fazem! (80% do que lhes é transmitido não é assimilado)

Outros sentimentos podem ocorrer como a descrença e o desespero, negociação (muitas vezes recorrem a outros clínicos procurando alguém que lhes diga aquilo que querem ouvir!)



Reacções dos irmãos:

- Negligência e Abandono/isolamento
- Sentimentos de culpa
- Alterações de comportamento/chamadas de atenção

Repercussões nos irmãos:

- Ausência de recursos adicionais que dêem resposta às necessidades do irmão(s)
- Mais exigências e rigor relativamente à criança doente
- População em risco de desenvolver problemas psicológicos e de comportamento devido às pressões e exigências

A idade de **início da doença** é determinante para o processo de adaptação, no entanto este processo é contínuo e dinâmico ao longo de todo o desenvolvimento da criança.

Uma boa adaptação inicial, não significa que não ocorram problemas e dificuldades mais tarde quando o seu crescimento lhe colocar novos desafios.



As reacções das crianças/jovens são influenciadas pelo:

- ✓ Modo de reagir das pessoas significativas em relação a si e à sua doença
- ✓ Estádio de desenvolvimento
- ✓ Mecanismos que dispõe para superar as dificuldades
- ✓ Própria doença

A compreensão de todos estes factores ajuda o planeamento das intervenções e assim diminuir os riscos que daí advém.

As limitações da mobilidade ou alimentares, a administração de terapêutica oral ou injectável, todas estas alterações podem ser vividas como uma situação traumática que leva modificações importantes no funcionamento mental da criança/jovem.

(A. Freud 1952)

São frequentes os comportamentos regressivos, agressivos e desinteressados do meio que as rodeia.

### **LACTENTE**

- Desenvolver a confiança básica, durante este período o bebé procura ganhar confiança em si própria, assim como explorar o mundo e tolerar as frustrações temporárias. Para que consigam, necessitam de respostas consistentes de carinho e afecto, de um ambiente estável e seguro e de um bom relacionamento pais/filho.
- A doença crónica/incapacidade, leva o bebé a ver o mundo como algo inseguro. O relacionamento instável, com pais ansiosos e deprimidos, que vivenciam o luto da perda da criança perfeita, as frequentes hospitalizações e a separação inerente, os contactos com estranhos e os procedimentos invasivos a que estão sujeitas, conduzem ao desenvolvimento de um sentimento de desconfiança.

## **TODDLER**

- A criança encontra-se a desenvolver a sua capacidade de Autonomia.
- Neste período as capacidades motoras desenvolvem-se rapidamente criando uma maior independência dos pais. A criança adquire controlo dos esfíncteres e os sentimentos de auto-controlo tornam-se muito importantes.
- Nesta fase a doença crónica/incapacidade pode fazer algumas restrições e exigências:
  - o Limitação da mobilidade – alt. Habilidades físicas/Capacidades cognitivas e verbais
  - o Hospitalização/dor/sofrimento – depressão, isolamento, dificuldade em relacionar-se, regressão nas aquisições
  - o Super protecção – substituição nas actividades = diminuição auto-estima

## **PRÉ-ESCOLAR**

- Iniciativa, gostam de ter responsabilidades e ajudar os adultos sentindo-se orgulhosos dos seus actos e a ser alvo de aprovação social, aumento auto-estima e autoconfiança.
- Período de grande negativismo em que a criança põe à prova a sua capacidade de controlar o meio/adultos (autonomia/iniciativa), é importante que o faça, desde que não coloque em risco a sua saúde.
- A doença crónica/incapacidade vai comprometer o desenvolvimento das competências motoras e sociais, diminuição auto-estima e auto confiança (deixam de ser elogiados) podendo levar ao isolamento. Tem uma auto-imagem negativa e hipersensibilidade às críticas. Apercebem-se das alterações funcionais da família e sentem-se culpados por estarem doentes (atribuem o significado à doença de castigo por alguma coisa que fizeram de errado).

## **ESCOLAR**

- Fase em que demasiadas frustrações podem resultar em sentimentos de inferioridade (sentimento de solidão e isolamento), é atribuída uma grande responsabilização aos pais na supervisão das experiências da

criança, procurando assegurar que as frustrações **não** sejam em maior quantidade que os sucessos, e assim melhorar a sua auto-estima.

- Por um lado a super protecção pode ser um empecilho para a sua integração com os pares (acentua a diferença). Por outro lado a criança aprende a tirar partido da sua condição para ter a atenção dos outros.
- Idade em que tentam conquistar a independência e produtividade. Nesta idade os interesses da criança aumenta. A aprovação dos pares é muito importante, a doença crónica ou deficiência pode impedir a sua participação principalmente quando associado às características da própria doença e ao elevado absentismo escolar colocando-as em desvantagem escolar.
- Por vezes estas crianças tornam-se muito competentes em determinada área para se sobressaírem e se sentiram úteis e valorizados pelos colegas.

### **ADOLESCÊNCIA**

- Tende a ser um período particularmente difícil para estas crianças, em que “ser diferente” se torna bem mais problemático. Nesta fase o apoio dos pais é importante mas o apoio dos amigos e colegas adquire um papel relevante. (Mesmo quando o diagnóstico foi feito em pequeno, este período pode ser particularmente conturbado).
- Quando a doença requer muitas restrições de actividade ou a necessidade de cumprir um regime terapêutico rígido, poderá ser agudizado nesta fase em que o jovem procura explorar os limites e tomar decisões (crise pais e professores).
- O Jovem começa a confrontar-se com as dúvidas e angústias sobre o futuro sentimental, sexual, familiar e profissional (nesta fase o diálogo com outros jovens já passaram por esta fase pode ser benéfico).

### Fase de adaptação/Reorganização (processo contínuo)

- Caracterizada por sentimentos de mágoa, dor, culpa, raiva e solidão relacionados com o facto de terem um filho diferente que requer cuidados especiais.
- A tristeza muitas vezes instala-se e exacerba-se nos períodos mais críticos do desenvolvimento da criança (quando os pais se confrontam com a disparidade entre o filho e as outras crianças).
- Ao longo desta fase é usual observar vários tipos de comportamento dos pais face à criança com doença crónica/incapacidade com a super protecção, a rejeição, a negação a revolta/raiva e nem sempre a adaptação.

#### O luto da criança “perfeita”

Sentimento de vulnerabilidade no seu papel parental

Tendência para investir nas incapacidades e tentar tornar “normal” a criança e substituir para que haja sucesso e não frustração

- As perturbações psicológicas na família vão diminuindo ao longo do processo de adaptação à nova situação.
- Existe uma relação directa entre o processo de adaptação dos pais e do filho
- Influência mais positivamente uma boa relação pais – filho do que negativamente a gravidade da doença (importância do vínculo).

(Brazelton, 2006)

Importância da promoção de um vínculo afectivo dos pais com a criança/jovem com NE, apaixonar-se pelo filho e manter-se apaixonado.

### Fase de adaptação/Reorganização (Sinais de Adaptação)

- A adaptação ocorre quando os pais encaram as competências físicas e psicossociais do filho, assim como as suas limitações.
- Há preocupação em promover o auto-cuidado de modo a favorecer ao máximo o desenvolvimento da criança.
- Quando a família amplia as suas actividades e relacionamento fora de casa e considera a criança como um membro participante e aceite no grupo (participam nas festas da comunidade, frequentam locais públicos).

## Crises de Agudização

Durante o desenvolvimento da criança, várias são as vezes em que os pais e a própria criança são postos à prova quando se confrontam:

- ✓ Com as necessidades de saúde especiais assim como as hospitalizações, cirurgias, tratamentos invasivos.
- ✓ Com a impossibilidade de poderem ter as vivências características da etapa de desenvolvimento em que se encontram.
- ✓ Com a dificuldade em atingir os objectivos académicos e sociais inerentes à idade cronológica da criança (quando comparados com os pares).

## Intervenção de Enfermagem

### Apreciação:

- Quais os efeitos físicos da doença na criança?
- Como é que a doença afecta o desempenho da criança em casa, com os pares e na escola?
- Como é que a criança se está adaptar à situação de doença?
- Que impacto tem a doença na família?
- Como é que a família se está a adaptar à situação de doença da criança/jovem?
- Quais os recursos disponíveis na família/comunidade?

### Os objectivos dos cuidados de saúde à criança com doença crónica/incapacidade:

#### Promover o *Empowerment* na família

- ✓ Facilitar a adaptação da criança/jovem e família à doença e limitações associadas (modificações nas actividades de vida)
- ✓ Promover a autonomia da criança e família na satisfação das suas necessidades
- ✓ Garantir que o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem seja o mais harmonioso possível
- ✓ Maximizar o potencial da criança em todas as áreas
- ✓ Facilitar uma adesão responsável ao tratamento e recomendações dos técnicos de saúde
- ✓ Prevenir ou diminuir a disfunção familiar

- ✓ Minimizar as perturbações biológicas e as sequelas
- ✓ Estimular a verbalização dos sentimentos, sem fazer juízos de valor
- ✓ A identificação dos sentimentos e reacção face a situação que vivenciam, ajuda-os simultaneamente a encontrar estratégias de *coping* que permitem dar resposta às necessidades destas crianças e da restante família
- ✓ Iniciar o processo de preparação para alta logo que é feito o diagnóstico ainda em regime de hospitalização (uma eficaz comunicação entre o hospital e os cuidados de saúde primários e a família são os alicerces para permitir uma continuidade dos cuidados no domicílio) – enfermeiro de ligação!
- ✓ Deve demonstrar disponibilidade para ouvir e assim identificar as necessidades da fase e quem se encontra, clarificar dúvidas existentes (relação empática)
- ✓ Responsabilizar a família/jovem (ainda em regime de internamento) da prestação dos cuidados especiais ao filho e do auto-cuidado
- ✓ Fornecer, clarificar e validar informações acerca da situação de saúde da criança, preparando-os previamente para as possíveis alterações a nível do desenvolvimento de agravamento do estado de saúde
- ✓ Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e orientações necessárias após a alta (segurança)

#### Em suma ...

Ajudar a família e a comunidade em que está inserida a ultrapassar os receios de não saber cuidar ou gerir bem a doença/incapacidade, dotando de competências que lhes permitam cuidar da criança/jovem e a sua família de um modo autónomo, sem risco de agravamento da sua condição de saúde

#### Identificar os Recursos Existentes



Fig.2 Diferenças entre suporte formal e informal

Fonte: Patterson Joan; Gueber Gayle

O papel do profissional de saúde não “é o de empurrar para a ilusória aceitação” mas sim facilitar, o reconhecimento dos momentos de crise e a utilização das suas competências de confronto para que sejam activadas quando as necessidades específicas surgirem (Barros, 1999 p. 135)

Antecipação das crises/cuidados antecipatórios (Brazelton: Touch Points)

### *Stressores* que a Família pode ter

- ✓ Incapacidade de cuidar do filho
- ✓ Dificuldade em adquirir e gerir os recursos da comunidade/familiares
- ✓ Dificuldade em gerir os recursos económicos
- ✓ Dificuldade em manter um suporte social afectivo
- ✓ Dificuldade no processo de adaptação à situação de doença/incapacidade do filho
- ✓ Dificuldade na gestão dos cuidados ao filho
- ✓ Dificuldade em desenvolver crenças, valores e uma filosofia de vida
- ✓ Dificuldade em identificar as necessidades psico-afectivas dos irmãos
- ✓ Dificuldade em manter o relacionamento familiar (comunicação)
- ✓ Dificuldade em manter a saúde dos outros membros da família
- ✓ Dificuldade em manter um relacionamento efectivo com os serviços prestadores de cuidados de saúde

### Mitos ...

- Se a incapacidade não se vê é porque não é real
- Se está doente, a culpa é ...
- Se tem uma doença deveria comportar-se como estivesse sempre doente
- Os jovens não são de confiança ... não são capazes de tomar as suas próprias decisões
- As pessoas doentes nunca devem falar acerca dos seus problemas ou sintomas
- É melhor para as pessoas fazerem a sua vida de forma totalmente independente

## Legislação – Deficiência

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – aprova as novas Tabelas Nacionais de Incapacidade publicado o Decreto-Lei n.º 352/2007, D.R. n.º 2004, Série I de 2007 revogando o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro

- Avaliação da Incapacidade recorrente de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

- Avaliação da Incapacidade em Direito Civil

Decreto-Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto

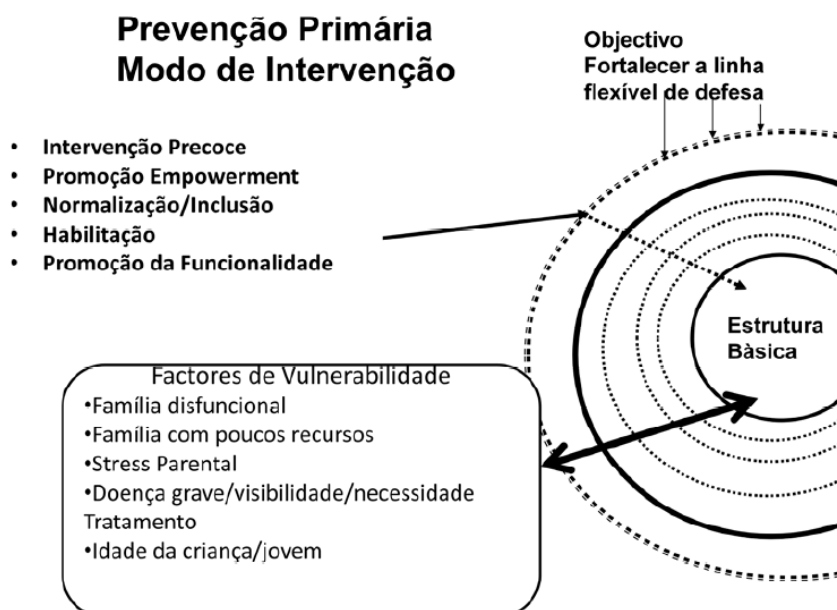
Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção. Habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência

## Legislação – Doença Crónica

“... estão isentos do pagamento das taxas moderadoras os portadores de doenças crónica, identificados em portaria do Ministro da Saúde, que por critério médico, obriguem a consultas, exames e tratamentos frequentes e sejam potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida”.

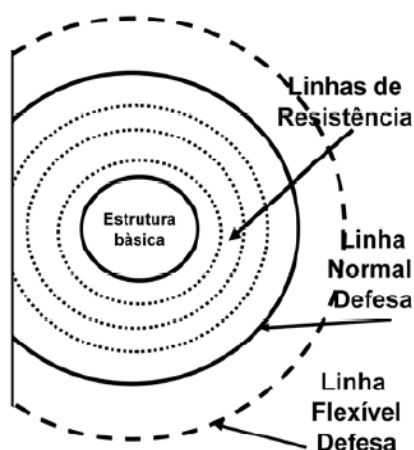
Lista das Doenças Crónicas – Doença genética com manifestações clínicas graves; Insuficiência cardíaca congestiva; Cardiomiopatia; DPCO; Hepatite crónica activa; Cirrose hepática com sintomatologia grave; Artrite invalidante; Lúpus; Dermatomiosite; Paraplegia; Miastenia grave; Doença dismielizante; Doença do neurónio motor.

Portaria n.º 349/96 de 8 de Agosto





## SISTEMA/CLIENTE



### Stressores

- Incapacidade de cuidar do filho
- Dificuldade em adquirir e gerir os recursos da comunidade/familiares
- Dificuldade em gerir os recursos económicos
- Dificuldade em manter um suporte social efectivo
- Dificuldade no processo de adaptação à situação de doença/incapacidade do filho.
- Dificuldade na gestão dos cuidados ao filho
- Dificuldade em desenvolver crenças, valores e uma filosofia de vida
- Dificuldade em identificar as necessidades psico-afectivas dos irmãos
- Dificuldade em manter o relacionamento familiar (comunicação)
- Dificuldade em manter a saúde dos outros membros da família
- Dificuldade em manter um relacionamento efectivo com os serviços prestadores de cuidados de saúde.

## Resultados da intervenção



- Quando família se adapta à condição crónica do seu filho e estão aptos a viver com isso, seguem e acompanham a criança na sua vida familiar/social/escolar/espiritual respeitando as suas limitações e incapacidades procurando dar ênfase às suas competências e habilidades (reforço positivo).
- Quando a família está preparada para tomar decisões, e dar resposta às necessidades, afectivas e emocionais, de saúde, sociais, psicológicas de toda a família (incluindo a dos próprios)
- Quando a família estabelece uma rede de apoio e procuram ajuda quando sentem necessidade