

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ADELE KUCKARTZ PERGHER

**Manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com
paralisia cerebral**

**Porto alegre
2007**

ADELE KUCKARTZ PERGHER

**Manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com
paralisia cerebral**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro

**Porto Alegre
2007**

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como esse jamais é fruto de um esforço individual. Diversas pessoas, que possuem os mais diversos vínculos com o aluno, fazem suas contribuições e, portanto, merecem ser lembradas e agradecidas.

Inicialmente gostaria de agradecer minha orientadora **Nair Regina Ritter Ribeiro** que mostrou-se sempre disponível e, a cada encontro, iluminava minhas idéias e contribuía para o enriquecimento do trabalho. Agradeço, também, à **Cristina Bisch**, que com suas ilustrações trouxe vida e alegria ao manual. Meus sinceros agradecimentos à enfermeira **Elizabete Clemente de Lima** e à professora **Simone Algeri** por concordarem em participar da banca e por serem um exemplo de amor pela pediatria.

Ao meu amor **Thiago** pela paciência, auxílio e dedicação. Por fim, uma palavra aos meus pais **Pedro** e **Marja** que me apoiaram durante toda minha formação, não poupando esforços para que eu chegasse ao final dessa etapa.

A todos um forte abraço e obrigada!

Se eu não podia ser como as outras
pessoas, pelo menos seria
eu mesmo, da melhor maneira possível.

Christy Brown

RESUMO

O presente trabalho é um projeto de desenvolvimento de um manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com paralisia cerebral (PC). Essa condição é caracterizada por um grupo de desordens neuromotoras resultantes de um dano cerebral. Além do prejuízo motor não progressivo, as crianças afetadas apresentam outras comorbidades, como atrofias e deformidades, dificuldades alimentares, surgimento de problemas gastrointestinais e infecções respiratórias recorrentes. Embora a criança com PC não possa se desenvolver normalmente, um tratamento cuidadosamente planejado e um cuidado no lar podem ajudar a combater as complicações mais prevalentes. Nesse sentido realizou-se uma revisão de literatura das atividades que podem ser realizadas pelos cuidadores no domicílio. Os cuidados descritos foram com relação a: oxigenioterapia e aspiração de vias aéreas; alimentação e nutrição; treinamento de higiene; prevenção da constipação; promoção de sono e repouso; prevenção de deformidades e contraturas; uso de órteses; manuseio da criança com espasticidade; manejo da sexualidade e anticoncepção; higiene e vestuário; saúde bucal; úlceras de pressão; prevenção de fraturas ósseas; cuidados durante crises convulsivas; transporte e locomoção; medicações; preparo para hospitalização; aspectos comportamentais; cuidado ao cuidador; promoção de estimulação e lazer e manejo da sialorréia. Para a confecção do manual foram selecionados os cuidados mais relevantes e utilizada linguagem acessível e ilustrações. Pretende-se com esse trabalho contribuir para a melhora da qualidade de vida das crianças com PC, através da instrumentalização da família para o adequado cuidado em casa.

Descritores: Paralisia Cerebral; Cuidado da Criança; Pacientes domiciliares; Manuais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação dos cuidados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.....	22
Figura 1- Posições para alimentar crianças pequenas no colo.....	26
Figura 2- Posicionamento da criança na cadeira com utilização de faixa para contenção.....	27
Figura 3 - Técnica de controle oral frontal.....	29
Figura 4 - Técnica de controle oral lateral	29
Figura 5 - Copo adaptado.....	30
Figura 6 - Utilização do penico encaixado em um banco.....	33
Figura 7 – Tira para o polegar.....	37
Figura 8 – Manejo do pé eqüino.....	38
Figura 9- Posição típica da criança espástica em decúbito dorsal	39
Figura 10- Forma correta de levantar a criança espástica.....	39
Figura 11- Postura típica de membros inferiores da criança espástica.....	40
Figura 12- Forma correta de manejar as deformidades de membros inferiores.....	40
Figura 13 - Forma incorreta de sentar a criança espástica no colo.....	41
Figura 14 - Forma correta de sentar a criança espástica no colo.....	41
Figura 15 -Postura típica de membros superiores da criança espástica.....	42
Figura 16 - Forma correta de manejar as deformidades de membros superiores	42
Figura 17 - Abridor de boca de baixo custo.....	48
Figura 18- Forma correta de posicionar a criança durante crise convulsiva.....	51
Figura 19- Forma incorreta de carregar a criança no colo.....	54
Figura 20 - Cuidador carregando a criança sobre seus ombros.....	55
Figura 21 - Cuidador carregando a criança virada para frente.....	55
Quadro 2 - Modelo de quadro para controle de medicações.....	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Material	12
3.3 Coleta e análise dos dados	13
3.3.1 Pesquisa bibliográfica	13
3.3.2 Projeto de desenvolvimento	13
3.4 Aspectos éticos	14
4 CONCEITOS INICIAIS: preparando a introdução do manual	15
4.1 Conceito e histórico	15
4.2 Etiologia	15
4.2.1 Causas pré-natais	16
4.2.2 Causas perinatais	16
4.2.3 Causas pós-natais	16
4.3 Diagnóstico	16
4.4 Incidência e prevalência	17
4.5 Classificação e Manifestações clínicas	18
4.5.1 Espástica	18
4.5.2 Atetósica	19
4.5.3 Atáxica	19
4.6 Complicações comuns	20
4.7 Tratamento	20
4.8 Cuidados de enfermagem	21
5 CUIDADOS DOMICILIARES	22
5.1 Oxigenioterapia e aspiração de vias aéreas	23
5.2 Alimentação e nutrição	24
5.2.1 Prevenção da aspiração	25
5.2.2 Posicionamento durante a alimentação	25

5.2.3 Tipo e consistência do alimento	27
5.2.4 Técnicas especiais	28
5.2.5 Comportamento durante as refeições	30
5.3 Treinamento de higiene	31
5.3.1 Fatores que contribuem para o sucesso do treinamento	31
5.3.2 Dando início ao treinamento	32
5.3.3 Adaptações para facilitar o treinamento	32
5.4 Prevenção da constipação	33
5.5 Promovendo sono e repouso	34
5.5.1 Estabelecendo hábitos de sono	34
5.5.2 Posicionamento	35
5.6 Prevenção de deformidades e contraturas	35
5.6.1 Uso de órteses	36
5.6.2 Manejo do pé eqüino	37
5.7 Manuseio da criança com espasticidade	38
5.8 Lidando com a sexualidade e anticoncepção	42
5.8.1 Acompanhamento médico e anticoncepção	43
5.8.2 Masturbação	43
5.9 Higiene e vestuário	44
5.9.1 Troca de fraldas	44
5.9.2 Banho	45
5.9.3 Vestuário	46
5.10 Saúde bucal	46
5.10.1 Cuidados com a dieta	46
5.10.2 Cuidados de higiene oral	47
5.11 Cuidados com úlceras de pressão	48
5.12 Prevenção de fraturas ósseas	49
5.13 Cuidados durante crises convulsivas	50
5.14 Transporte e locomoção	52
5.14.1 Transporte no carrinho e cadeira de rodas	52
5.14.2 Transporte no colo	53
5.14.3 Uso de andadores e bengalas para locomoção	56
5.15 Avaliação e manejo da dor	56
5.16 Ambiente físico seguro	57

5.17. Cuidados com medicações	58
5.18 Preparo para hospitalização	59
5.19 Aspectos comportamentais	60
5.19.1 Estabelecendo disciplina	61
5.19.2 Comportamentos estereotipados	61
4.20 Cuidado ao cuidador	62
5.21 Promovendo estimulação e lazer	63
5.22 Manejo da sialorréia	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE- Manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com paralisia cerebral	69

1 INTRODUÇÃO

Paralisia cerebral (PC) é um grupo de desordens neuromotoras resultantes de um dano cerebral (MILLER; BACHRACH, 1995). Crianças afetadas por essa condição apresentam distúrbios do movimento e postura, retardo mental, dificuldades de fala e linguagem, convulsões, comprometimento sensorial, dentre outros. Apesar de ser considerada uma anormalidade não progressiva, o dano torna-se mais aparente com o crescimento e desenvolvimento da criança (FINNIE, 2000). Assim, é comum encontrar crianças que têm uma piora do quadro devido a complicações como o aparecimento de atrofias e deformidades, dificuldades alimentares, surgimento de problemas gastrointestinais, infecções respiratórias recorrentes, etc.

A paralisia cerebral afeta os indivíduos de diferentes formas. Nos casos em que o comprometimento é maior, a criança pode viver em estado vegetativo, com relacionamento interpessoal bastante prejudicado. Essa situação exige dos cuidadores* uma atenção constante para que se possa atender às necessidades mais básicas da criança.

Uma criança com PC tem necessidades específicas em cada fase do seu desenvolvimento. Durante os seis primeiros meses de vida, predominam necessidades com relação aos cuidados médicos, como avaliações, realização de exames, orientações sobre a doença, aconselhamento e apoio à família. Já durante a primeira infância, um dos principais objetivos passa a ser a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor. À medida que a criança cresce, vão surgindo as necessidades relacionadas à inserção social e escolarização (PARALISIA...). Por isso, pode-se considerar que essa seja uma condição crônica de saúde e que necessita de cuidados intensivos. Nesse sentido, Wilson (2006) afirma que ter uma criança com PC implica numerosos problemas de gerenciamento diário e mudanças na vida da família.

* Denominar-se-á de cuidador qualquer pessoa que assista a criança em sua moradia, seja ela familiar ou não.

** Considera-se casa ou domicílio o local onde a criança reside, incluindo-se instituições que abrigam essa clientela.

É importante ressaltar que a PC não é em si uma doença que exija hospitalização. Geralmente essas crianças passam a maior parte de suas vidas em casa**, sendo internadas apenas quando há algum outro problema associado. Na prática observa-se que o registro de internações de crianças com paralisia cerebral é pouco representativo, já que essa condição não é o motivo real da hospitalização.

A prevenção das complicações mais comuns relacionadas à doença é fundamental, na medida em que diminui a necessidade de internações, diminuindo custos e o sofrimento para a criança e sua família. A prevenção de algumas dessas situações pode ser feita através de orientações adequadas aos cuidadores, que têm papel fundamental na manutenção da saúde e do bem-estar desses pacientes.

O processo de educação para saúde é função do profissional de enfermagem em todos os níveis de assistência. Para Echer (2005) a utilização de material educativo facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas. Nesse sentido foi desenvolvido o presente trabalho que auxiliará o trabalho educativo da enfermagem no preparo para alta hospitalar das crianças portadoras de paralisia cerebral.

Através de uma ampla revisão de literatura serão abordados conceitos iniciais referentes à paralisia cerebral e os cuidados que podem ser realizados no domicílio. Essa revisão é a fundamentação teórica para a construção do manual, que está inserido como apêndice do trabalho.

2 OBJETIVOS

A seguir serão descritos os objetivos desse estudo.

2.1 Objetivo geral

Desenvolver um manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com paralisia cerebral.

2.2 Objetivos específicos

São três os objetivos específicos do trabalho:

- a) realizar uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados necessários às crianças com paralisia cerebral;
- b) selecionar os cuidados mais relevantes na assistência domiciliar;
- c) elaborar o manual utilizando linguagem acessível e ilustrações.

3 METODOLOGIA

A seguir descreve-se a metodologia que foi utilizada na realização do trabalho.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um projeto de desenvolvimento de um manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças com paralisia cerebral. Esse tipo de projeto “apresenta uma proposta de inserção de conhecimentos gerados na pesquisa para a prática profissional” (GOLDIM, 2000, p.32). Goldim (2000) ressalta ainda que o projeto de desenvolvimento é decorrência de uma pesquisa prévia, portanto, a primeira etapa desse projeto consistiu na realização de pesquisa bibliográfica sobre o referido assunto.

3.2 Material

A pesquisa bibliográfica utilizou como fontes obras de referência disponíveis em bibliotecas convencionais; materiais disponíveis em bases de dados de acesso eletrônico como LILACS e MEDLINE; periódicos impressos ou cadastrados no SciELO e Periódicos Capes. Os descritores utilizados para busca foram: paralisia cerebral, crianças portadoras de deficiência, cuidado da criança, cuidados de enfermagem e enfermagem pediátrica. A principal vantagem desse tipo de pesquisa é permitir a cobertura de uma gama ampla de fenômenos, facilitando a abordagem de dados muito dispersos no espaço (GIL, 2002).

Foram utilizados alguns livros com mais de dez anos de publicação, pois tratam-se de obras de referência em determinados assuntos, sendo amplamente citadas na literatura mais recente.

3.3 Coleta e análise dos dados

O projeto foi desenvolvido de acordo com as etapas descritas a seguir:

3.3.1 Pesquisa bibliográfica

Seguiu a seqüência proposta por Gil (2002) quanto à leitura do material, que inclui as etapas de leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

3.3.2 Projeto de desenvolvimento

De acordo com Goldim (2000) o projeto de desenvolvimento apresenta alguns elementos diferentes dos utilizados em um projeto de pesquisa. Dentre eles, destaca-se a descrição das atividades a serem desenvolvidas. Assim, apresentam-se a seguir as atividades que foram realizadas durante o trabalho:

a) Seleção dos cuidados que fizeram parte do manual após a realização da pesquisa bibliográfica.

b) Adequação da terminologia a ser utilizada às características da clientela. Echer (2005) afirma que é importante transformar a linguagem encontrada na literatura a fim de torná-la acessível a todas as camadas da sociedade.

c) Elaboração do manual com auxílio de uma ilustradora que, voluntariamente, contribuiu com o desenho das figuras. Echer (2005) destaca a importância de ilustrar o manual para torná-lo menos pesado e facilitar o entendimento.

d) Impressão provisória do material.

3.4 Aspectos éticos

Assegurou-se que todas as fontes utilizadas na elaboração desse trabalho fossem referenciadas de forma clara e precisa; respeitando a lei dos direitos autorais número 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

4 CONCEITOS INICIAIS: preparando a introdução do manual

A compreensão da paralisia cerebral nos seus diversos aspectos é um passo importante no planejamento da assistência às crianças afetadas. Esse capítulo apresenta alguns desses aspectos a fim de subsidiar a orientação que é dada aos cuidadores.

4.1 Conceito e histórico

Paralisia cerebral é um grupo de desordens motoras resultantes de dano cerebral que pode ocorrer antes, durante ou após o nascimento, considerando-se, geralmente, a idade de dois anos como limite para o diagnóstico (MILLER; BACHRACH, 1995). Essa condição foi descrita pela primeira vez pelo ortopedista inglês William John Little no ano de 1843. No século XIX, Freud introduziu o termo “paralisia cerebral” (PIOVESANA *et al.*, 2002). Alguns autores preferem utilizar a terminologia “encefalopatia crônica infantil”, pois nem sempre há um quadro de paralisia. Nesse trabalho será utilizado o termo paralisia cerebral (PC), por tratar-se da terminologia mais comumente empregada.

4.2 Etiologia

A paralisia cerebral é uma condição com múltiplas etiologias, podendo variar de acordo com seus subtipos e de acordo com o período mais provável da lesão (PIOVESANA *et al.*, 2002). Diament (1996) subdivide as causas mais comuns em:

4.2.1 Causas pré-natais

São as causas relacionadas a fatores genéticos/hereditários; maternos (anemia da gestante, hemorragias que causam risco de aborto, eclâmpsia, desprendimento prematuro de placenta, etc); infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, HIV); fatores metabólicos maternos (*diabetes mellitus*, desnutrição); uso de substâncias teratogênicas ou exposição a fatores físicos como raio X e radioterapia (DIAMENT, 1996).

4.2.2 Causas perinatais

Podem ser consideradas causas perinatais da PC: parto distócico, asfixia, hemorragia intracraniana, prematuridade e baixo peso, icterícia grave e infecção pelo canal do parto (DIAMENT, 1996).

4.2.3 Causas pós-natais

Dentre as causas pós-natais podem-se considerar as meningoencefalites, traumatismos crânio-encefálicos, encefalopatias desmielinizantes (pós- infecciosas ou pós-vacinais), processos vasculares, desnutrição e síndromes epilépticas (DIAMENT, 1996).

4.3 Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na história, avaliação física e neurológica. Raramente são necessários exames complementares para confirmar a hipótese diagnóstica (DIAMENT, 1996). Wilson (2006) afirma que o reconhecimento precoce da paralisia

cerebral pode ser feito através de uma boa observação da enfermeira. Nesse sentido o autor cita alguns sinais que servem de alerta para o diagnóstico:

a) Sinais físicos: controle deficiente da cabeça depois dos 3 meses de idade, braços ou pernas rígidos, arqueamento das costas, postura corporal frouxa, não senta sem apoio após os oito meses e usa somente um lado do corpo ou apenas os braços para engatinhar.

b) Sinais comportamentais: irritabilidade extrema ou choro, não consegue sorrir aos três meses e dificuldades na alimentação.

4.4 Incidência e prevalência

A paralisia cerebral é a terceira condição mais comum de distúrbios de desenvolvimento mental, depois do autismo e do retardo mental (NEWACHECK; TAYLOR, 1992 apud COOLEY, 2004). A incidência tem mantido-se constante nos últimos 30 anos, apesar dos avanços em obstetrícia e pediatria. Entretanto, observa-se uma mudança com relação às causas e as formas mais prevalentes, que passaram a ser do tipo espástica (relacionada a hipoxemia perinatal), ao invés de danos relacionados à hiperbilirrubinemia, que correspondiam a 20% dos casos, hoje não passando de 5% (MILLER; BACHRACH, 1995).

De acordo com Piovesana *et al.* (2002) a prevalência das formas moderadas e severas nos países desenvolvidos está entre 1,5 e 2,5 por 1000 nascidos vivos. No Brasil, não há dados sobre o número de crianças afetadas pela paralisia cerebral; entretanto, acredita-se que a incidência deva ser mais elevada devido à assistência pré e perinatal insatisfatória oferecida à maioria da população (DIAMENT, 1996). Assim estima-se que a incidência nos países subdesenvolvidos - considerando-se todos os níveis de paralisia - deva estar próximo a 7:1000 (PIOVESANA *et al.*, 2002).

4.5 Classificação e manifestações clínicas

As manifestações clínicas da paralisia cerebral variam de acordo com seu tipo e grau de acometimento. Embora o diagnóstico de PC refira-se apenas à presença de um prejuízo motor não progressivo, as crianças afetadas por essa condição apresentam outras comorbidades (COOLEY, 2004).

Não há consenso na literatura quanto a melhor forma de classificar os tipos de paralisia cerebral. As classificações usualmente utilizadas levam em consideração as características semiológicas dominantes encontradas em cada quadro (DIAMENT, 1996). A seguir, apresenta-se a classificação proposta por Diament (1996) e as manifestações clínicas apresentadas por cada quadro.

4.5.1 Espástica

Representa 75% do total de casos; sua característica principal é a espasticidade, que pode ser definida como aumento da resistência ao alongamento passivo, associada à exacerbação dos reflexos tendinosos (PIOVESANA *et al.*, 2002). São tipos clínicos da PC espástica:

a) Tetraplegia: é o tipo mais freqüente e mais grave. As crianças afetadas são hipertônicas, não sustentam a cabeça, não sentam, engatinham ou se põem de pé na época estabelecida. Apresentam dificuldades para deglutir; têm sialorréia contínua e incapacidade de fechar a boca. São irritáveis, chorando sem causa aparente. Freqüentemente desenvolvem posições viciosas, como flexão das pernas sobre a coxa e pé eqüino. A inteligência é muito afetada e em cerca de 50% dos casos há convulsões (DIAMENT, 1996).

b) Hemiplegia: ocorre em cerca de 20% dos casos, é menos grave que a tetraplegia; o membro superior é afetado de maneira mais predominante. Há hipertonía em flexão no membro superior e em extensão no inferior. Com o passar do tempo os membros do lado hemiplégico se atrofiam, tornando-se mais curtos. A inteligência e a fala são menos afetadas que na forma tetraplégica (DIAMENT, 1996).

c) Diplegia: também chamada erroneamente de paraplegia, afeta cerca de 17% dos casos. É caracterizada por comprometimento motor dos membros inferiores, sendo a incapacidade de andar o principal sinal. O QI médio é um pouco mais baixo que nas formas hemiplégicas; as anormalidades mais freqüentes são o retardo na aprendizagem e disartria (DIAMENT, 1996).

4.5.2 Atetósica

É uma síndrome extrapiramidal também denominada Discinética ou Coreoatetóide, responsável por 8 a 15% dos casos (PIOVESANA *et al.*, 2002). Essa forma de paralisia está relacionada, na maior parte dos casos, à icterícia grave neonatal. Sua incidência varia de acordo com a assistência dada ao recém nascido e a evolução do quadro depende da gravidade da agressão inicial ao sistema nervoso. Nos casos graves os pacientes nunca chegam a sentar e mantêm-se no leito com grande hipertonia em extensão (DIAMENT, 1996). Próximo ao segundo ano de vida, surgem hipercinesias difusas (são mais intensas na face) que perturbam ainda mais a movimentação voluntária. A deglutição é difícil, a articulação verbal é extremamente disártrica. A inteligência é menos afetada do que parece e o QI médio fica em torno de 70 (DIAMENT, 1996).

4.5.3 Atáxica

É a forma mais rara de paralisia cerebral, não chegando a 2% do total de casos. É uma síndrome cerebelar em que o paciente apresenta incoordenação estática e cinética, tremores, marcha atáxica, fala disártrica e, geralmente, há hipotonia (DIAMENT, 1996).

4.6 Complicações comuns

A PC é um distúrbio complexo que exige além de um tratamento adequado, a prevenção contínua de complicações (WILSON, 2006). Krigger (2006) destaca as complicações mais comuns nesses pacientes:

a) Espasticidade e contraturas: são responsáveis por dificuldades na deambulação e na realização de movimentos, podem causar dor.

b) Redução da massa óssea: predispõe à osteoporose, fraturas, escoliose e dor.

c) Problemas gastrointestinais: são comuns a constipação, vômitos e a má nutrição. Estão relacionados à diminuição da motilidade gastrointestinal, à imobilização e ao consumo inadequado de nutrientes.

d) Prejuízo da função motora oral: podendo resultar em hipoxemia, contraturas da articulação temporomandibular, vômitos e pneumonia por aspiração associada com refluxo gastroesofágico. Essas condições podem ocasionar refeições demoradas e fadiga, contribuindo para a má nutrição.

e) Lesões de pele: são ocasionadas pela imobilidade, contato com secreções ou eliminações.

f) Problemas de saúde mental: podem estar relacionados à dor crônica, isolamento social e diminuição da independência.

g) Incontinência urinária: causada pela inabilidade de controlar os músculos da bexiga.

4.7 Tratamento

Sendo a paralisia cerebral uma doença permanente, o tratamento é sintomático e preventivo, a fim de que a criança possa desenvolver seu potencial dentro dos limites de sua disfunção cerebral. Para Wilson (2006) o tratamento deve ter como objetivos: estabelecer a locomoção, comunicação e auto-ajuda; corrigir defeitos associados; obter melhor aparência e proporcionar acesso à educação adaptada às necessidades e capacidades da criança.

Para Bobath e Bobath (1989) embora a criança com PC não possa se desenvolver normalmente, um tratamento cuidadosamente planejado e um cuidado no lar podem ajudar a combater padrões anormais de movimento e postura.

4.8 Cuidados de enfermagem

A melhora da criança com PC é lenta e demanda um equilíbrio entre familiares e profissionais com relação ao que se quer e ao que é possível. A equipe que acompanha o caso deve oferecer apoio aos cuidadores, com objetivo de fortalecê-los para que possam realizar os cuidados adequados e enfrentar as dificuldades que acompanham o processo de ajustamento à deficiência (PARALISIA...).

A equipe de enfermagem pode instrumentalizar a família a promover o cuidado da criança no domicílio. Para Wilson (2006) o papel da enfermeira é reforçar o plano terapêutico e ajudar a família nas adaptações necessárias para o cuidado em casa.

O capítulo a seguir é dedicado aos cuidados que podem ser orientados aos cuidadores de crianças portadoras de paralisia cerebral. As orientações não são específicas para um determinado tipo de paralisia cerebral. Pretende-se abordar os cuidados que possam ser comuns a maior parte dos pacientes afetados por essa condição, especialmente àqueles que têm um comprometimento motor e cognitivo mais severo.

5 CUIDADOS DOMICILIARES

Esse capítulo apresenta uma seleção das diversas atividades propostas pela literatura que podem ser adaptadas ao cuidado domiciliar de crianças com paralisia cerebral.

Durante a descrição das atividades sugeridas para o cuidado domiciliar não são feitas referências aos tipos de PC, a intenção é que os cuidados sejam baseados nas dificuldades encontradas pelos cuidadores e em como eles vêem suas crianças.

A fim de facilitar a apresentação dos cuidados, eles foram ordenados de acordo com o modelo de Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta (1979). Esse modelo agrupa as necessidades em três grandes grupos: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Os cuidados, então, a fim de dar uma seqüência lógica ao trabalho, foram enquadrados nas respectivas necessidades, conforme demonstrado no Quadro 1:

Nível de necessidades	Necessidade	Cuidado
Psicobiológicas	Oxigenação	Oxigenioterapia e aspiração de vias aéreas
	Hidratação e Nutrição	Alimentação e nutrição
	Eliminação	Treinamento de higiene Prevenção da constipação
	Sono e repouso	Promovendo sono e repouso
	Exercício e atividades físicas	Prevenção de deformidades e contraturas Manuseio da criança com espasticidade
	Sexualidade	Lidando com a sexualidade e anticoncepção

	Cuidado corporal	Higiene e vestuário Saúde bucal
	Integridade cutâneo-mucosa	Cuidados com úlceras de pressão
	Integridade física	Prevenção de fraturas ósseas Cuidados durante crises convulsivas
	Locomoção	Transporte e locomoção
	Percepção dolorosa	Avaliação e manejo da dor
	Ambiente	Ambiente físico seguro
	Terapêutica	Cuidados com medicações Preparo para hospitalização.
Psicossociais	Comunicação	Aspectos comportamentais
	Aprendizagem (educação à saúde)	Cuidado ao cuidador
	Recreação e lazer	Promovendo estimulação e lazer
	Auto-estima	Manejo da Sialorréia

Quadro 1- Classificação dos cuidados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

Os cuidados descritos nessa sessão subsidiaram a construção do manual proposto.

5.1 Oxigenioterapia e aspiração de vias aéreas

Muitas crianças com paralisia cerebral apresentam comprometimento pulmonar devido às pneumonias recorrentes e à imobilidade. Algumas dessas crianças necessitam receber oxigênio no domicílio a fim de manter um bom funcionamento respiratório.

É freqüente, também, que essas crianças necessitem de auxílio para manter a via aérea livre de secreção (MILLER; BACHRACH,1995). Nessas situações, o

cuidador precisará receber treinamento específico para manusear os materiais necessários.

Não é o foco desse trabalho abordar os cuidados necessários às crianças dependentes de alguma tecnologia. Nesses casos, recomenda-se a utilização de material didático específico.

5.2 Alimentação e nutrição

Problemas relacionados à alimentação são bastante comuns nas crianças com paralisia cerebral e geram preocupação para os pais. De acordo com Redstone e West (2004), a prevalência de distúrbios alimentares nos vários tipos de PC chega a 80%. Existem diversos fatores que podem tornar a alimentação da criança mais difícil, dentre esses fatores destacam-se: falta de controle da boca, da cabeça e do tronco; falta de equilíbrio na posição sentada; incapacidade de flexionar os quadris suficientemente para permitir que os braços sejam esticados para frente para agarrar; incapacidade de trazer as mãos até a boca e falta de coordenação olho-mão (FINNIE, 2000). Esses fatores podem ocasionar refeições demoradas e fadiga, contribuindo para uma ingestão alimentar abaixo das necessidades (KRIGGER, 2006).

As dificuldades em alimentar a criança começam no período de lactância, quando algumas delas não conseguem mamar normalmente. Com o passar do tempo, a criança pode apresentar dificuldade para mastigar e deglutir (FINNIE, 2000). Em todas as fases do desenvolvimento é essencial assegurar que a criança receba calorias suficientes para obter energia para suas atividades e crescer adequadamente. Finnie (2000) ressalta que também é importante manter a qualidade da alimentação, pois, caso a criança comece a perder peso, ela passará a comer menos e pode-se estabelecer um círculo vicioso.

Existem algumas orientações que podem auxiliar os cuidadores no processo de alimentação. Deve-se dar especial atenção à prevenção de aspiração, ao posicionamento da criança, tipo e consistência do alimento, técnicas que facilitam a alimentação e ao manejo do comportamento da criança durante as refeições.

Às vezes, apesar dos esforços, torna-se impossível manter o processo de alimentação convencional. Especialmente se não se consegue fornecer quantidade suficiente de nutrientes, se a criança está aspirando freqüentemente quando come e se há história de pneumonias recorrentes ou congestão crônica; pode ser necessário o uso de algum tipo de sonda para alimentação (MILLER; BACHRACH,1995).

5.2.1 Prevenção da aspiração

Aspiração é o processo no qual material, no caso alimento, chega aos pulmões. De acordo com Redstone e West (2004), a aspiração ocorre em cerca de 25% das crianças com paralisia cerebral que apresentam algum tipo de desordem alimentar. Miller e Bachrach (1995) afirmam que se pode suspeitar de aspiração no caso da criança apresentar episódios recorrentes de pneumonia.

Para Redstone e West (2004), a aspiração está associada à pouca coordenação entre respiração e deglutição; ao não alinhamento da cabeça, pescoço e tronco e à hiperextensão da cabeça, que interfere na via aérea, predispondo à aspiração. Miller e Bachrach (1995) associam esse processo à diminuição da coordenação para engolir e do reflexo de tosse e, em alguns casos, com refluxo gastroesofágico. Algumas crianças aspiram e não apresentam sintomas em função da diminuição desses reflexos. Em outras situações, pode-se observar tosse e dificuldade para respirar durante a alimentação (MILLER; BACHRACH,1995).

Para Miller e Bachrach (1995) As principais formas para diminuir a ocorrência de aspiração durante a alimentação são o posicionamento adequado da criança e a alteração da consistência da dieta.

5.2.2 Posicionamento durante a alimentação

O posicionamento adequado da criança antes de começar a alimentação é fundamental. Redstone e West (2004) afirmam que a posição da cabeça influencia a deglutição e reduz o risco de aspiração. Nesse sentido, as autoras ensinam que a

postura recomendada para uma deglutição segura consiste em: manter a cabeça na vertical e na linha média e o pescoço deve estar levemente flexionado, de maneira que o queixo fique ligeiramente para baixo. Finnie (2000) lembra que essa posição é semelhante à utilizada pelos adultos para aproximar o talher da boca. É importante, também, que o cuidador esteja no nível dos olhos da criança ou um pouco mais abaixo, do contrário, a tendência será ela ter que olhar para cima e acabará empurrando a cabeça para trás (FINNIE, 2000). Na Figura 1 pode-se observar algumas posições que facilitam a alimentação.

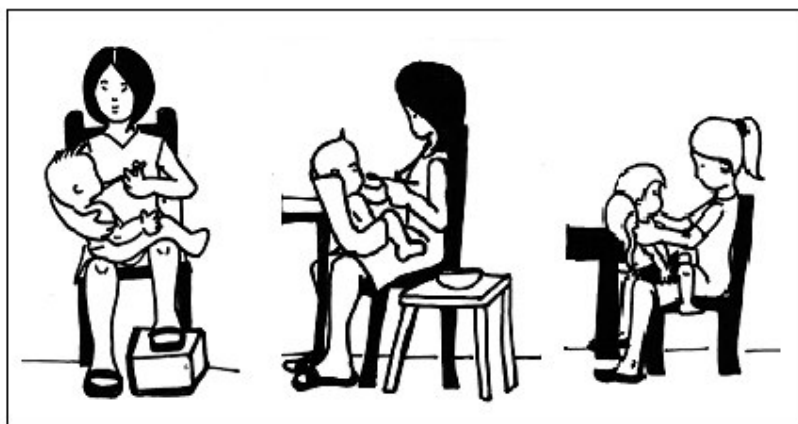


FIGURA 1- Posições para alimentar crianças pequenas no colo.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Assim que a criança tenha desenvolvido algum controle da cabeça e do tronco, ela pode ser alimentada sentada em uma cadeira; não se deve prolongar desnecessariamente a alimentação no colo (FINNIE, 2000). Com relação ao posicionamento na cadeira, a criança deve manter os quadris, joelhos e pés em 90 graus, distribuindo bem o peso sobre eles (REDSTONE; WEST, 2004). Se a criança tende a escorregar da cadeira, pode-se utilizar uma faixa para empurrar as costas para trás (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993), conforme ilustrado na Figura 2.



FIGURA 2- Posicionamento da criança na cadeira com utilização de faixa para contenção.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

As vantagens de alimentar a criança na cadeira são: melhor contato visual com o cuidador e facilidade para estabelecer comunicação, tornando a refeição mais prazerosa (REDSTONE; WEST, 2004)

Outro aspecto relevante quanto ao posicionamento da criança abordado por Miller e Bachrach (1995) é o fato de deixar a criança deitada tomando mamadeira. Esse hábito deve ser desestimulado, pois além de facilitar a aspiração (BACK; LENTZ; SCHMITZ, 2000), pode favorecer a ocorrência de infecções de ouvido.

5.2.3 Tipo e consistência do alimento

De acordo com Cooley (2004), a paralisia cerebral impõe um grande gasto metabólico associado à espasticidade e aos movimentos desordenados. O autor alerta que cerca de metade das crianças com PC têm evidências de significativa subnutrição.

Muitas crianças com limitações motoras são mantidas por longos períodos com dietas próprias para bebês. Sabe-se que a oferta monótona de certos tipos de alimentos (como leite e derivados, farináceos ou sucos) após os seis meses de idade pode ocasionar anemia, desnutrição e predispor a infecções (PARALISIA...).

A dieta deve ser planejada de acordo com as características clínicas e as limitações de cada criança (PARALISIA...). Cooley (2004) afirma que é necessário assegurar a ingestão adequada de cálcio e vitamina D.

Se a criança não pode mastigar, a textura da comida é importante. Se ela tem dificuldades para deglutir líquidos, deve ser alimentada com pequenos volumes de dieta pastosa e, os líquidos, podem ser espessados com frutas, cereais, gelatinas ou iogurtes; procurando-se manter um bom nível de hidratação (PARALISIA...). Para a World Health Organization (1993) é importante, também, oferecer alimentos sólidos para que a criança aprenda a mastigar, isso auxiliará no processo de aprendizagem da fala.

5.2.4 Técnicas especiais

Quando o controle dos músculos da boca é precário, é necessário aplicar a técnica do controle oral para facilitar a alimentação. O controle oral auxilia no fechamento da boca, inibe reflexos orais, facilita os movimentos da mandíbula, língua e lábios e limita movimentos como protração da mandíbula (REDSTONE; WEST, 2004).

A técnica pode ser desenvolvida de duas formas: com o cuidador na frente da criança ou com a criança sentada no seu colo. Quando realizado pela frente (Figura 3), “o dedo médio da mão que não alimenta é colocado posteriormente à porção do corpo do queixo, o polegar é colocado abaixo do lábio inferior e o dedo indicador é colocado paralelamente à mandíbula da criança” (WILSON, 2006, p 1192). Finnie (2000) explica que esse método ajuda a criança a melhorar seu reflexo sucção-deglutição e sua habilidade para utilizar a colher e o copo. O dedo médio deve ser colocado bem atrás do queixo e a pressão firme desse dedo permite que o funcionamento da língua seja indiretamente controlado, facilitando a deglutição.



FIGURA 3- Técnica de controle oral frontal.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

No caso do controle lateral (com a criança no colo), o dedo médio da mão que não alimenta é colocado posteriormente à porção óssea do queixo, o dedo indicador é colocado no queixo (abaixo do lábio inferior) e o polegar é colocado obliquamente na bochecha (WILSON, 2006), conforme pode ser visualizado na Figura 4.



FIGURA 4- Técnica de controle oral lateral.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

O controle exercido pelo lado é indicado para crianças com mais dificuldades, pois permite ao adulto maior influência sobre os movimentos das estruturas orais (REDSTONE; WEST, 2004).

No caso da alimentação com colher, deve-se optar por uma colher não muito funda e nem muito longa ou pontiaguda, que possa estimular o reflexo de vômito (FINNIE, 2000). Essa autora sugere que se faça uma pressão firme com a colher sobre a língua, prevenindo que a língua vá para frente e estimulando o uso espontâneo dos lábios e da língua. Não se deve raspar a colher nos dentes

superiores ou lábios, a criança precisa tentar tirar a comida com o lábio superior enquanto a colher é pressionada em sua língua. Wilson (2006) complementa afirmando que esse cuidado ajuda na aquisição da fala.

No caso de a criança utilizar o copo para beber, pode-se cortar um pedaço do mesmo a fim de encaixar o nariz (Figura 5), assim, não será necessário inclinar a cabeça para trás enquanto ela bebe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).



FIGURA 5- Copo adaptado.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Para as crianças com comprometimento motor grave, pode ser necessário o uso de equipamentos adaptados, como talheres com o cabo engrossado, copos com canudos e alças largas para facilitar a preensão e pratos com ventosas (PARALISIA...).

5.2.5 Comportamento durante as refeições

Geralmente a criança que já está satisfeita começa a brincar com a comida e fazer bagunça. Muitos pais acabam pressionando a criança para comer mais, o que acaba fazendo com que ela se rebele, contrariando-os. Assim, Finnie (2000) recomenda que a criança seja tratada como um indivíduo que sabe o que deseja, portanto, a brincadeira deve ser encarada como um sinal de que ela já comeu o suficiente. Nessa situação, a comida que sobrou deve ser retirada calmamente e não se deve voltar atrás na decisão. Mesmo que a criança proteste, ela deverá aguardar a próxima refeição (FINNIE, 2000).

5.3 Treinamento de higiene

A criança com paralisia cerebral, devido ao seu comprometimento físico e intelectual, provavelmente levará mais tempo para ter sucesso no treinamento de higiene. Entretanto, Finnie (2000) afirma que o tempo para atingir o sucesso é de importância secundária, colocando como mais importante o estímulo e a oportunidade que deve ser dada à criança para que possa fazer isso no seu próprio tempo. A autora lembra que o controle dos intestinos é atingido por volta dos 19 meses; já o controle da bexiga, ocorre por volta dos 21 meses. Para Miller e Bachrach (1995), o fator mais importante no treinamento é a atitude dos pais, que devem estar tranquilos e confiantes quanto ao processo, transmitindo isso à criança.

5.3.1 Fatores que contribuem para o sucesso do treinamento

Antes de dar início ao processo, os cuidadores devem estar atentos aos sinais de que a criança está preparada. Miller e Bachrach (1995) apontam alguns dos comportamentos que podem indicar a necessidade da criança em eliminar: enquanto urina ou evacua a criança pode ficar agitada ou quieta; demonstra que precisa trocar de posição; repentinamente deita-se e fica parada; acocora-se num canto; muda de expressão facial ou diz que está molhada.

Outro fator envolvido no sucesso do treinamento de higiene é o estabelecimento de um padrão nos horários das eliminações. Isso pode ser conseguido através de horários fixos para as refeições, pois, assim, o estômago, intestino e bexiga estarão cheios a intervalos regulares (MILLER; BACHRACH, 1995). Com isso, fica mais fácil para os cuidadores saberem quando levar a criança ao banheiro.

5.3.2 Dando início ao treinamento

Quando a criança indicar que precisa ir ao banheiro, ela deve ser levada ao penico ou vaso e deve-se explicar com linguagem bem simples o que será feito e o que se espera dela (MILLER; BACHRACH, 1995). Então, senta-se a criança e permanece-se com ela até que a sessão termine. Após cerca de cinco minutos no banheiro, a criança deve ser secada e elogiada pelo seu comportamento, mesmo que não tenha tido sucesso absoluto, é necessário elogiá-la por ter cooperado.

Miller e Bachrach (1995) lembram, também, que a criança não deve utilizar brinquedos durante o treinamento, para não tirar a atenção da atividade que se espera que ela faça. Esse processo precisa ser repetido até que a criança esteja apta a avisar que quer ir ao banheiro ou que consiga ir sozinha (MILLER; BACHRACH, 1995).

5.3.3 Adaptações para facilitar o treinamento

O posicionamento adequado da criança no penico ou no vaso é muito importante para que ela possa realizar suas eliminações. Finnie (2000) explica que o sistema utilizado deve permitir que ela sente seguramente e permaneça com os músculos abdominais relaxados. Os pés precisam estar apoiados, para isso pode-se utilizar um descanso para pés ou uma caixa.

Algumas vezes pode ser preciso utilizar um anel de plástico que reduz o tamanho da abertura do vaso. No caso da criança ter pouco equilíbrio na posição sentada, pode-se colocar o penico em um banco com os pés virados para cima, para que ela possa ter onde segurar-se (FINNIE, 2000), conforme ilustrado na Figura 6.



FIGURA 6- Utilização do penico encaixado em um banco .

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

5.4 Prevenção da constipação

Para Cooley (2004), as alterações da musculatura lisa e do tônus esfíncteriano, juntamente com efeitos de medicamentos, diminuição da atividade e variação da hidratação, contribuem para a alta incidência de constipação em crianças com paralisia cerebral.

A ingestão adequada de líquidos e alimentos ricos em fibras melhora o funcionamento intestinal. Dentre esses alimentos pode-se citar as frutas (mamão, abacaxi, laranja com bagaço, ameixa preta, manga, melancia), as verduras (principalmente as folhas cruas) e as leguminosas (feijão, ervilha, lentilha) (PARALISIA...). Cereais integrais como arroz integral, pão integral, aveia, sementes de linhaça e farelo de trigo, também são ótimas alternativas para aumentar a quantidade de fibras ingeridas (DOVERA, 2007).

No caso de a criança estar constipada a bastante tempo, ela pode precisar de uma limpeza intestinal com enemas, antes que possa voltar a ter um funcionamento regular do intestino (MILLER; BACHRACH,1995). Se as mudanças na dieta não forem efetivas, pode ser necessário utilizar medicações para estimular o intestino (MILLER; BACHRACH,1995).

5.5 Promovendo sono e repouso

Crianças portadoras de paralisia cerebral têm mais problemas de sono comparado com crianças que não têm problemas crônicos de saúde (NEWMAN; O'REGAN; HENSEY, 2006). Num estudo realizado por esses autores, 44% das crianças com PC apresentaram pelo menos um tipo de desordem no sono. Dentre os fatores que podem interferir no sono dessas crianças, Newman, O'Regan e Hensey (2006) destacam: espasmos musculares, dor músculo-esquelética e diminuição da capacidade de trocar de posição durante o sono. Além disso, citam também a epilepsia, que altera a fisiologia do sono e a glossoptose e pneumonias recorrentes, que induzem distúrbios de respiração durante o sono.

Wilson (2006) acredita que a importância de garantir sono e repouso adequados às crianças com paralisia cerebral está na necessidade de evitar a fadiga e diminuir o risco de lesões. A criança fadigada pode ter seus sintomas agravados e frustrar-se durante tentativas de locomoção (WILSON, 2006)

5.5.1 Estabelecendo hábitos de sono

O período noturno costuma ser uma provação para os cuidadores de crianças com paralisia cerebral. Para Finnie (2000), isso está relacionado ao fato delas gastarem pouca energia durante o dia e requererem atenção durante a noite. A autora ressalta, ainda, que essas crianças tendem a apresentar um comportamento mais difícil que outras, não conseguindo um sono tranquilo à noite e sendo particularmente irritáveis nos primeiros anos de vida.

Miller e Bachrach (1995) afirmam que algumas crianças com PC não chegam a desenvolver um padrão de sono, talvez por causa da imaturidade cerebral; nesses casos o médico pode prescrever um sedativo. Entretanto, os autores recomendam que os pais procurem estabelecer um horário fixo para a criança deitar e que, antes desse horário, ajudem-na a se acalmar, com atividades mais calmas e silenciosas.

5.5.2 Posicionamento

“A maioria das crianças com PC tendem, quando deitadas em decúbito dorsal, a virarem a cabeça mais para um lado do que outro, ao mesmo tempo em que empurram-na para trás contra o travesseiro” (FINNIE, 2000, p.172). Isso pode, com o tempo, predispor a uma deformidade da coluna e ao desenvolvimento de uma assimetria da postura dos membros.

Nesse sentido, Finnie (2000) destaca a importância do posicionamento do berço ou cama no quarto. Esses devem estar posicionados de tal maneira que a estimulação oferecida pela janela, luz elétrica e brinquedos fiquem do lado oposto ao que a criança tende a virar, a fim de incentivar que ela vire naquela direção. Outra preocupação importante é com o colchão, que deve ser firme para facilitar a movimentação no leito (FINNIE, 2000).

5.6 Prevenção de deformidades e contraturas

Os efeitos da lesão cerebral não afetam a maneira com que os membros e os músculos crescem (FINNIE, 2000). Porém, sabe-se que as deformidades se instalam, na maioria das vezes, em uma seqüência predeterminada de eventos (PIOVESANA *et al.*, 2002). Piovesana *et al.* (2002) descrevem a seqüência responsável pelo desenvolvimento das deformidades:

- a) Inicialmente o desequilíbrio muscular leva as articulações a permanecerem muito tempo na mesma posição;
- b) Na seqüência, ocorrem alterações degenerativas das fibras musculares;
- c) Em seguida observam-se encurtamentos tendinosos, diminuição da amplitude de movimentos, alterações cápsulo-ligamentares e, finalmente, deformidade óssea.

De acordo com a World Health Organization (1993), as deformidades ocorrem mais comumente em crianças que têm todo o corpo afetado, que se movimentam pouco e naquelas que apresentam outras dificuldades, como de visão e de aprendizagem. Segundo Finnie (2000) os locais mais comuns para ocorrência de

deformidades na paralisia cerebral são os membros inferiores e a coluna, seguida de mãos, pulsos e cotovelos. Finnie (2000) explica que há duas abordagens possíveis para o tratamento da deformidade: a de conservação (fisioterapia e uso de aparelhos ortopédicos) e a cirúrgica. É importante relatar que a deformidade instalada faz com que a criança gaste muita energia para pouca execução de movimento. Portanto, a intervenção precoce é fundamental para prevenir as deformidades e evitar movimentos compensatórios indesejáveis (PIOVESANA *et al.*, 2002).

Para a World Health Organization (1993), há várias etapas que podem ser seguidas a fim de prevenir ou retardar as contraturas:

a) Primeiramente deve-se proporcionar manuseio e posicionamento correto e encorajar a movimentação ativa da criança;

b) Se a resistência ao alongamento aumentar, pode ser necessário utilizar talas para permitir um alongamento constante dos músculos; deve-se realizar alongamentos passivos nos músculos que estão em risco de apresentar contraturas;

c) Caso as contraturas continuem piorando e a resistência ao alongamento aumentando, um médico deverá ser consultado.

5.6.1 Uso de órteses

As órteses são usadas com o objetivo de posicionarem melhor um segmento corporal, permitindo uma melhor função (PARALISIA...). Piovesana *et al.* (2002) salientam que as órteses não corrigem deformidades instaladas, mas sim, previnem seu aparecimento.

Algumas crianças, especialmente as com hemiplegia espástica, tendem a fechar a mão deixando o polegar sobre a palma, prejudicando a habilidade de garra dos dedos (FINNIE, 2000). Além disso, Miller e Bachrach (1995) citam outro problema decorrente dessa posição: a mão fica úmida, mal cheirosa e há dificuldade em realizar a higiene. Nesses casos pode ser utilizada uma tira no polegar (Figura 7), com o objetivo de manter o polegar estendido e abduzido e o pulso em extensão (FINNIE, 2000).

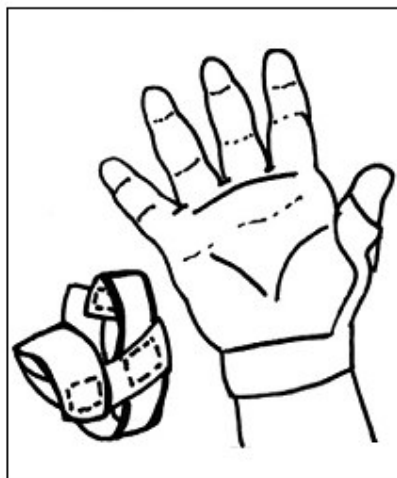


FIGURA 7- Tira para o polegar .

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

5.6.2 Manejo do pé eqüino

De acordo com Finnie (2000), no caso de encurtamento do “tendão de Aquiles” a criança pode ficar como se estivesse na ponta dos pés (Figura 8a). Não se deve tentar estender o pé conforme ilustrado na Figura 8b. Pode-se tomar providências para que o pé seja mantido em posição normal, para tanto, pode-se utilizar talas leves, chamadas órteses de pé e tornozelo (FINNIE, 2000). Outra forma de evitar essa flexão plantar sugerida pela autora é segurando o joelho flexionado com uma mão, agarrar o calcanhar e o pé com a outra e lentamente flexiona-lo para cima o máximo possível, conforme ilustrado na Figura 8c.

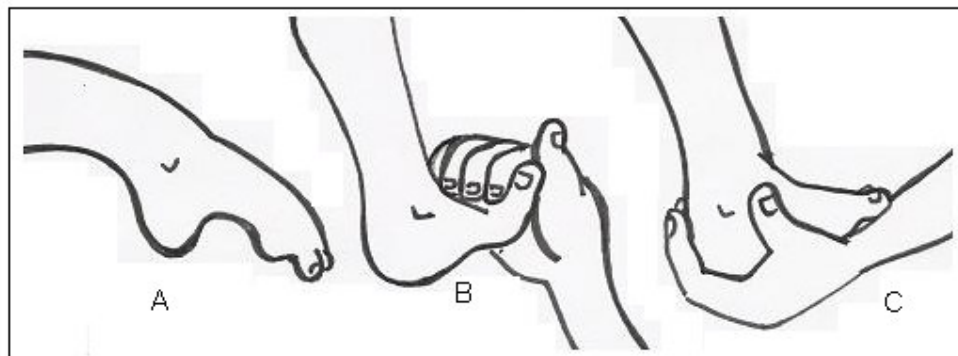


FIGURA 8- Manejo do pé eqüino.

- a) Postura típica de criança com flexão plantar ("pé-equino").
- b) Forma incorreta de estender o pé.
- c) Forma correta de corrigir a flexão plantar.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Deve-se dar especial atenção aos cuidados com a pele de quem utiliza algum tipo de órtese. Miller e Bachrach (1995) afirmam que a pele da criança deve ser examinada periodicamente, atentando para sinais de pressão como vermelhidão, bolhas ou lesão aberta.

5.7 Manuseio da criança com espasticidade

Segundo Piovesana *et al.* (2002, p. 839) "espasticidade é uma hipertonicidade muscular que torna o músculo tenso e dolorido". De acordo com Cooley (2004), 75% das crianças com paralisia cerebral são afetadas por esse problema. A criança acaba ficando fadigada e desenvolvendo dor, devido a câibras nos membros inferiores (PIOVESANA *et al.*, 2002). A autora complementa afirmando que a espasticidade prejudica a higiene (especialmente perineal e das axilas), a locomoção e o transporte das crianças afetadas.

Nesse sentido, Cooley (2004) considera importante o manejo da espasticidade para prevenir as deformidades, melhorar a função motora, aliviar a dor e facilitar o cuidado. Finnie (2000) complementa afirmando que, ao manusear a criança, o objetivo é cessar qualquer atividade indesejada e estabelecer tónus postural mais normal, através da participação ativa da criança.

A criança com espasticidade severa fica mais vulnerável quando deitada sobre suas costas, "pois a atividade reflexa patológica e os padrões motores

anormais tornam-se mais intensos” (FINNIE, 2000, p. 54). É comum nesses casos que a criança empurre sua cabeça para trás e seus ombros para cima e para frente, conforme demonstrado na Figura 9.

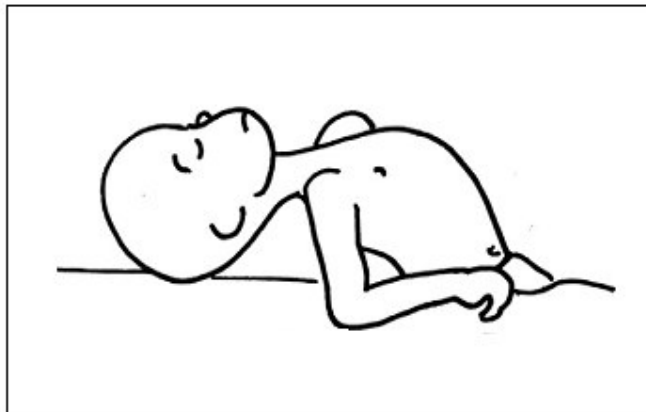


FIGURA 9- Posição típica da criança espástica em decúbito dorsal.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Não se deve tentar corrigir essa posição colocando a mão na parte posterior da cabeça, pois isso fará com que a criança empurre mais para trás. O correto é colocar as mãos em cada lado da cabeça e puxar para cima, dando à criança um “pescoço longo” (FINNIE, 2000), conforme pode ser visto na Figura 10.

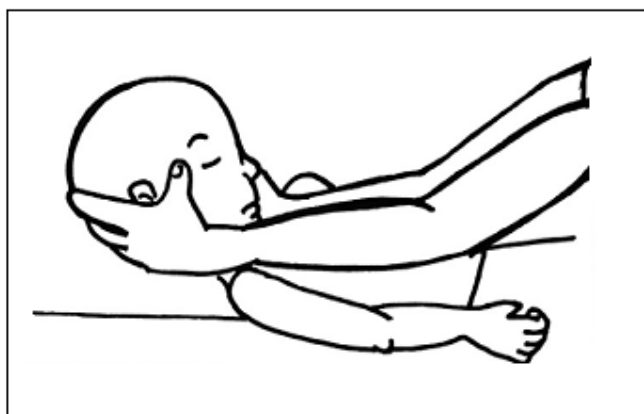


FIGURA 10- Forma correta de levantar a criança espástica.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Outra postura típica é manter os quadris e pernas estendidas (FINNIE, 2000). Essa postura pode ser observada na Figura 11.

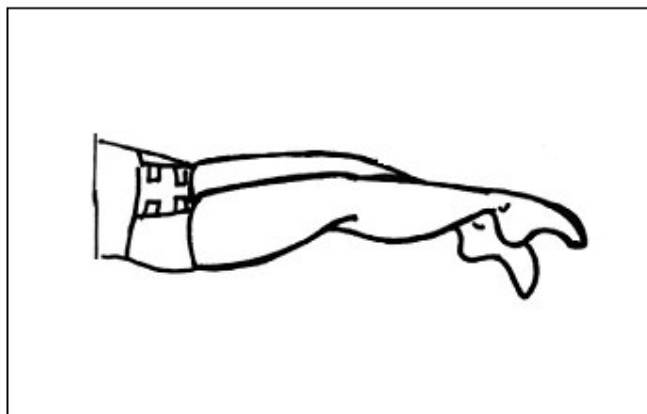


FIGURA 11- Postura típica de membros inferiores da criança espástica.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Nesse caso, Finnie (2000) recomenda que segure as pernas sobre ou logo acima da articulação dos joelhos, separando-as através de rotação externa dos quadris, conforme pode ser visto na Figura 12.

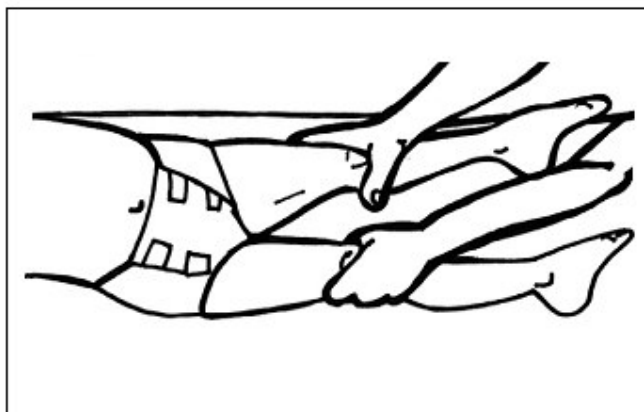


FIGURA 12- Forma correta de manejar as deformidades de membros inferiores.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Ao sentar a criança espástica no colo com uma base muito ampla (Figura 13), a tendência é aumentar a extensão e a rotação interna dos quadris (FINNIE, 2000).



FIGURA 13- Forma incorreta de sentar a criança espástica no colo.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Assim, o ideal é oferecer uma base mais estreita (Figura 14), a fim de permitir que os quadris fiquem rodados externamente, quadris e pernas flexionados (FINNIE, 2000).



FIGURA 14- Forma correta de sentar a criança espástica no colo.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Outra postura típica da criança com espasticidade é manter os braços em flexão (FINNIE, 2000), conforme ilustrado na Figura 15.



FIGURA 15- Postura típica de membros superiores da criança espástica.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Nesse caso, a autora recomenda que se pegue a criança pelo lado de fora dos cotovelos, levantando e girando os braços para fora enquanto a traz para sua direção (Figura 16).



FIGURA 16- Forma correta de manejar as deformidades de membros superiores.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

5.8 Lidando com a sexualidade e anticoncepção

Adolescentes e adultos com paralisia cerebral são capazes e têm interesse em atividade sexual de forma semelhante a outras pessoas (MILLER; BACHRACH,

1995). Assim, é importante que os cuidadores saibam lidar com algumas situações que dizem respeito a esse assunto.

5.8.1 Acompanhamento médico e anticoncepção

A idade normal da primeira menstruação (menarca) é entre 10 e 15 anos de idade. Crianças severamente malnutridas, como algumas crianças com PC, tendem a menstruar mais tarde (MILLER; BACHRACH, 1995). Esses autores afirmam que quando a menina começa a menstruar, deve realizar acompanhamento médico.

Miller e Bachrach (1995) afirmam que meninas com severas limitações físicas podem não serem capazes de buscar atividades sexuais por conta própria, porém, podem ser abusadas por homens que convivem em seu ambiente. Nesse sentido, as adolescentes que ficam fora de casa e que não estão sob supervisão direta de suas famílias, devem receber anticoncepção (MILLER; BACHRACH, 1995).

5.8.2 Masturbação

Exploração do corpo, incluindo a área genital, é natural e saudável em crianças de todas as idades. Miller e Bachrach (1995) acreditam que a descoberta dos genitais e a sua manipulação são um processo que ocorre independentemente de retardo físico ou mental.

Miller e Bachrach (1995) afirmam que quando a criança tem entre 3 e 4 anos, o melhor que os pais têm a fazer é ignorar o comportamento. Já quando a criança se torna maior, pode-se ensiná-la que certas partes do corpo são privadas e devem ser tocadas em locais privados, como no banheiro ou no quarto, e não em frente a outras pessoas.

É importante ressaltar que a maioria das crianças em idade pré-escolar não faz a conexão entre masturbação e prazer sexual (MILLER; BACHRACH, 1995). Sabe-se que o modo como os pais reagem à masturbação está relacionado aos

sentimentos, práticas culturais e religiosas e experiências anteriores; mas é fundamental que eles possam discutir com as crianças sobre esse assunto.

5.9 Higiene e vestuário

Manter a higiene da criança é fundamental para a manutenção da sua saúde e bem-estar. Sabe-se que os cuidados de higiene ocupam boa parte do tempo dedicado à criança com paralisia cerebral. As atividades de higiene e vestir são dificultadas por fatores como contraturas, falta de local adequado e falta de ajuda de outras pessoas.

Os cuidadores devem procurar manter uma boa aparência geral da criança através de uma boa higiene corporal, roupas limpas, dentes bem cuidados, cabelos arrumados, etc. Isso promove uma melhor interação social da criança aumentando sua auto-estima.

5.9.1 Troca de fraldas

Com relação à troca de fraldas o que mais preocupa os cuidadores é o surgimento das assaduras. Essa afecção cutânea é causada pelo contato direto e prolongado da pele com urina, fezes e bactérias fecais, associados à umidade e calor local (GOMES; LOUREIRO; GONÇALVES, 1990). Alguns cuidados podem ser adotados a fim de prevenir e tratar esse tipo de dermatite:

- evitar o uso de talco, sabonetes perfumados e calça plástica;
- realizar higiene do períneo com água morna após cada eliminação;
- utilizar pomada com vitamina A e D como barreira para o contato com as eliminações;
- fazer banhos de assento com permanganato de potássio;
- realizar banho de sol ou de luz.

Para crianças com peles sensíveis, pode-se colocar fraldas de algodão por dentro da fralda descartável, a fim de prevenir irritações na pele (FINNIE, 2000).

Durante a troca de fraldas deve-se evitar levantar o bebê pelas duas pernas, pois nas crianças espásticas isso resultará em exacerbação do reflexo extensor (FINNIE, 2000). Portanto, o melhor é levantar a criança por uma perna, girando a pelve para frente.

5.9.2 Banho

Dar banho em um bebê com PC em geral não é uma tarefa mais difícil do que banhar uma criança normal. Finnie (2000) afirma que o mais importante é que a banheira tenha uma superfície antiderrapante para que o bebê se sinta seguro. Se a superfície for deslizante, pode-se colocar uma toalha ou um tapete de banheiro no fundo da banheira. A temperatura da água precisa ser testada com a face interna do antebraço, pois essa é uma área bastante sensível.

Alguns bebês são difíceis de manusear quando levantados da banheira, seja porque eles atiram a cabeça e os braços para trás (em extensão), ou porque tenham pouco controle da cabeça e baixo tônus no tronco, o que faz com que deslizem através das mãos do cuidador (FINNIE, 2000). Se isso for um problema, ao invés de colocar e tirar o bebê da banheira em uma posição semideitada, pode-se flexioná-lo, deixando quadris flexionados e o tronco e braços bem para frente.

Quanto aos produtos mais adequados para serem utilizados na higiene, Algren e Arnow (2006) recomendam utilizar um sabonete suave e com pH neutro. Pode-se utilizar um hidratante a fim de manter a umidade da pele e reidratá-la; este deve ser preferencialmente aplicado após o banho, enquanto a pele ainda está quente e úmida (ALGREN; ARNOW, 2006).

Durante o banho deve-se dar especial atenção à higiene das orelhas, dobras cutâneas, pescoço, costas e região genital (ALGREN; ARNOW, 2006). Nos meninos, o prepúcio deve ser gentilmente retraído para realizar a higiene. Nas meninas, a limpeza deve ser feita no sentido ântero-posterior.

É importante enxaguar abundantemente a criança durante o banho para evitar que fiquem resíduos dos produtos utilizados. Em seguida, a criança precisa ser secada a fim de evitar a proliferação de fungos.

5.9.3 Vestuário

É importante, na medida do possível, escolher roupas que facilitem o vestir da criança, como as que se abrem pela frente, com fechos e velcro ao invés de botões (WILSON, 2006). No momento de vestir a criança, o ideal é vestir primeiro o lado mais afetado e deixar esse lado para desvestir por último (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Pode-se ensinar a criança a ajudar enquanto estiver sendo vestida, incentivando-a a levantar os braços e pernas e puxar as roupas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Durante o manuseio é importante falar o que se está fazendo e sobre as partes do corpo, para que a criança vá aprendendo.

5.10 Saúde bucal

É comum encontrar problemas bucais em crianças com PC. Para Fernandes, Guaré e Valentim (2003) a incidência de cárie dentária na criança com paralisia cerebral é maior que na criança normal. Isso ocorre devido à nutrição inadequada, consistência da dieta, higiene bucal inadequada e retenção prolongada de resíduos alimentares na cavidade oral em função de uma inabilidade da língua. Outro fator agravante é o uso de anticonvulsivantes. Essas medicações, associadas à presença de placa bacteriana, podem propiciar o crescimento gengival (FERNANDES; GUARÉ; VALENTIM, 2003)

5.10.1 Cuidados com a dieta

Piovesana *et al.* (2002) afirmam que se tem observado uma frequência maior na alimentação por mamadeira e uso de alimentos açucarados na dieta das crianças com PC. Essa situação configura uma dieta cariogênica que, associadas a má higiene oral, levam ao aparecimento de cáries e problemas periodontais. Outro fator predisponente é o fato de algumas crianças receberem somente dieta pastosa ou

semilíquida, o que compromete a musculatura orofacial. Isso acarreta uma insuficiência na autolimpeza, já que não há participação da língua, lábios e bochecha, colaborando para um aumento da placa bacteriana (PIOVESANA *et al.*, 2002). Nesse sentido, a autora ensina a importância de oferecer alimentos mais sólidos, a fim de estimular a mastigação.

5.10.2 Cuidados de higiene oral

Para Fernandes, Guaré e Valentim (2003, p. 87) “o ensino da higienização bucal aos responsáveis das crianças com paralisia cerebral é de importância fundamental para o controle mecânico da placa”.

A escovação dos dentes é a atividade diária mais importante para manter a higiene oral e deve ser estabelecida precocemente. Miller e Bachrach (1995) sugerem que essa atividade seja feita, preferencialmente, em um horário em que a criança esteja de bom humor, procurando realizar a higiene sempre no mesmo horário, o que a torna uma rotina mais aceitável pela criança.

A higiene oral deve começar no primeiro ano de vida, mesmo antes da irrupção dos dentes (MILLER; BACHRACH, 1995). Nesse período pode-se utilizar uma gaze ou a ponta de uma fralda embebida em água filtrada ou soro fisiológico. Esse procedimento além de auxiliar na remoção de resíduos da alimentação, estimula a musculatura orofacial e vai deixando a criança acostumada a ter a boca limpa (PIOVESANA *et al.*,2002).

Por volta dos 18 meses pode-se começar a utilizar uma escova para fazer a escovação, que deve ser feita em movimentos circulares e da gengiva para a ponta do dente, além de incluir as gengivas e a língua (MILLER; BACHRACH, 1995). Os cuidadores podem utilizar escovas adaptadas de cabo longo e cabeça pequena e macia, escovas interdentais, creme dental sem fluoretos (até que a criança possa ser ensinada a cuspir) e fio dental (PIOVESANA *et al.*,2002). Se a criança não tolerar a escovação, pode-se utilizar um cotonete ou um algodão embebido em pasta de dente ou em solução antisséptica (MILLER; BACHRACH, 1995).

Outro instrumento que facilita a escovação pelo cuidador são os abridores de boca. Nesse sentido, Fernandes, Guaré e Valentim (2003) sugerem a utilização de

um abridor de boca de baixo custo, confeccionado com um pedaço de mangueira de jardinagem. Conforme observa-se na Figura 17, o abridor apresenta um orifício central onde é introduzido o dedo indicador do responsável; além disso, pode-se fazer um furo para passar o fio dental.

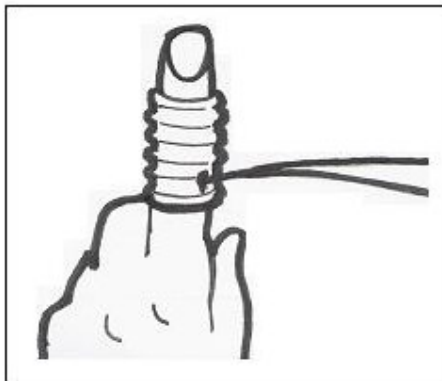


FIGURA 17- Abridor de boca de baixo custo

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

5.11 Cuidados com úlceras de pressão

Úlceras de pressão (UP) “são feridas crônicas decorrentes primariamente de pressão sustentada e são exacerbadas por uma variedade de condições clínicas” (KRASNER; CUZZELL, 2003, p.69). Tais autoras explicam que essas feridas tendem a se desenvolverem quando tecidos moles são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado.

Miller e Bachrach (1995) afirmam que crianças com PC têm pouco risco para desenvolverem úlceras de pressão, pois têm boa sensibilidade. Porém, algumas crianças com envolvimento severo e que são muito magras podem ter ossos proeminentes, o que é um grande risco, especialmente quando estão doentes e com a habilidade para mover-se e comunicar-se prejudicadas (MILLER; BACHRACH, 1995).

Para Miller e Bachrach (1995) o melhor tratamento para as úlceras de pressão é a prevenção. Prevenção requer que a pele seja inspecionada diariamente e, qualquer área que esteja vermelha ou que pareça estar recebendo pressão

excessiva, deve ser protegida. Um bom momento para o cuidador inspecionar a pele é durante o banho ou na troca de fraldas.

Quanto à prevenção, Krasner e Cuzzell (2003) descrevem algumas medidas que podem ser adotadas:

- trocar a criança de decúbito freqüentemente;
- realizar exercícios para evitar e/ou reduzir as contraturas e aumentar a mobilidade;
- utilizar dispositivos como almofadas para cadeira de rodas, travesseiros para proteger proeminências ósseas e colchão piramidal;
- identificar maneiras de diminuir a fricção, tração e umidade, que são fatores que contribuem para a formação da úlcera de pressão.

Se a úlcera de pressão já estiver instalada, a primeira coisa a fazer é manter a área limpa e seca e evitar colocar pressão sobre ela (MILLER; BACHRACH, 1995). Isso significa deitar em uma posição diferente ou evitar deixar a criança sentada, se essa for a causa. Em alguns casos, são necessárias mudanças no colchão e na cadeira de rodas (MILLER; BACHRACH, 1995).

5.12 Prevenção de fraturas ósseas

De acordo com Miller e Bachrach (1995), os fatores de risco para as fraturas são: pobre aporte nutricional (especialmente de vitamina D), permanecer a maior parte do tempo na cama ou sentado e o uso de algumas medicações anticonvulsivantes que interferem no metabolismo da vitamina D (como o Fenobarbital).

Nem todos esses fatores podem ser alterados, entretanto, os autores propõem algumas medidas que podem auxiliar na prevenção das fraturas:

- fazer ajustes na dieta a fim de aumentar a oferta de vitamina D, ou adicionar fórmulas que contenham essa vitamina;
- na medida do possível trocar o anticonvulsivante;
- aumentar a exposição solar para auxiliar a produção de vitamina D.

Com relação à importância da vitamina D, Dovera (2007) explica que essa vitamina é conhecida por ser anti-raqúitica e é utilizada na prevenção da

osteoporose devido a sua capacidade de reabsorver o cálcio que seria eliminado pelos rins. Dentre suas fontes estão peixes gordurosos, leite e derivados, gema de ovo e a exposição ao sol.

Silva (2000) explica que os raios UVA do sol ativam a pró-vitamina D existente na pele, transformando-a em vitamina D que será absorvida e distribuída pelo sangue. A exposição ao sol é uma fonte barata e eficiente de vitamina D, já que ela não é encontrada em quantidades suficientes nos alimentos e esses não são tão acessíveis. Assim, a exposição ao sol possibilita a adequada mineralização óssea, crescimento do esqueleto e órgãos (SILVA, 2000).

Alguns cuidados devem ser observados ao expor a criança ao sol (SILVA, 2000, p.110):

- as exposições devem ser progressivas, inicialmente de um a dois minutos até chegar a trinta minutos;
- Preferir os horários antes das 10h e após às 15h;
- Proteger as crianças com peles claras e sensíveis com filtro solar (após os 6 meses de idade);
- Mesmo em dias nublados podem ocorrer queimaduras graves e o vento pode dissimular a avaliação da real temperatura.

Silva (2000) destaca ainda o papel do sol como cicatrizante no caso de crianças com dermatite de fraldas, sendo eficaz na eliminação de microrganismos patogênicos.

5.13 Cuidados durante crises convulsivas

Uma definição simples do que são as crises convulsivas é apresentada a seguir:

Os neurônios (células nervosas) estão permanentemente gerando impulsos elétricos. Essa atividade elétrica ocorre, normalmente, de uma maneira organizada. Quando vários neurônios entram em atividade ao mesmo tempo ocorre um distúrbio do funcionamento do sistema nervoso central [...], que pode se apresentar através de hiperextensão e contraturas musculares (convulsões), perda súbita do tônus muscular, perda ou alteração temporária da consciência e alteração temporária do comportamento (PARALISIA..., p.5-6).

Os sinais que a criança apresenta durante a crise convulsiva podem ter características variadas de acordo com o tipo da crise, assim, podem ocorrer: contrações musculares generalizadas ou localizadas, movimentos rítmicos com a cabeça, desvio do olhar para cima ou para o lado, movimentos rápidos de piscar os olhos, movimentos mastigatórios, ausência de resposta a uma solicitação verbal, episódios breves de olhar parado ou vago, ou crises de medo (PARALISIA...).

Miller e Bachrach (1995) afirmam que a crise do tipo tônico-clônica generalizada é a que mais traz medo e ansiedade aos pais. Quem presencia a crise deve procurar manter-se calmo e proteger a criança durante a convulsão. Não se deve tentar segurar a criança, mas sim deixar o ambiente a sua volta seguro, afastando móveis e objetos cortantes (MILLER; BACHRACH, 1995). Se ela estiver com roupas apertadas, procura-se afrouxa-las, especialmente no tórax e abdômen. A criança deve ser colocada de lado para que a saliva e vômitos escorram, facilitando a respiração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). A cabeça precisa ser protegida; não se deve tracionar a língua ou introduzir qualquer objeto na boca (PARALISIA...). A posição mais segura para deixar a criança pode ser vista na Figura 18.



FIGURA 18- Forma correta de posicionar a criança durante crise convulsiva.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Uma das coisas mais importantes a fazer é observar se a criança está respirando; pois a respiração pode alterar-se durante a crise, mas tende a normalizar-se nos primeiros minutos (PARALISIA...). No caso da criança não estar respirando, limpa-se a via aérea e começa-se a respiração boca-a-boca (MILLER; BACHRACH, 1995).

Uma crise do tipo tônico-clônica geralmente é auto-limitada e cessa em dois a dez minutos (PARALISIA...). Entretanto, os cuidadores precisam estar atentos a algumas situações em que a criança necessita ser levada a um atendimento de emergência. Para Miller e Bachrach (1995) essas situações incluem:

- convulsões repetidas sem recuperação entre elas;
- a convulsão durar mais do que 10 a 15 minutos;
- a cor da criança alterar-se durante a convulsão;
- a criança apresentar problemas respiratórios durante a convulsão.

Após o término do episódio convulsivo, é normal a criança ficar sonolenta, portanto, deve-se permitir que ela durma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

5.14 Transporte e locomoção

“Nas formas graves de PC, a marcha independente não é possível ou determina gasto energético elevado” (PARALISIA..., p. 9). Finnie (2000) complementa dizendo que a criança com paralisia cerebral precisará ser carregada e transportada por mais tempo do que um bebê normal e, certamente, necessitará de mais ajuda (FINNIE, 2000). A maneira como se carrega a criança pode influenciar seu comportamento motor e, portanto, é necessário assegurar que essa atividade seja uma experiência dinâmica e não passiva e que também seja uma oportunidade de aprendizagem (FINNIE, 2000).

Para Finnie (2000), existem formas de manusear que podem ajudar a corrigir padrões anormais, estimular o controle da cabeça e tronco e reações de equilíbrio.

5.14.1 Transporte no carrinho e cadeira de rodas

Para Miller e Bachrach (1995), crianças com até um ou dois anos de idade geralmente podem utilizar carrinhos comuns para bebês. A partir dessa idade, ou quando há dificuldade no controle da cabeça e do tronco, o carrinho comum não

oferece mais o apoio necessário. Nesses casos, os autores sugerem, como alternativa temporária, a colocação de um dispositivo no carrinho que dê mais estabilidade e segurança ao tronco e à cabeça.

Por volta dos três a cinco anos os carrinhos comuns já não são mais fortes o suficiente para carregar a criança, devendo ser considerada a possibilidade de adquirir um carrinho especial (MILLER; BACHRACH, 1995). Observa-se, porém, que os pais preferem o carrinho de bebê por chamar menos a atenção das pessoas do que uma cadeira de rodas. Entretanto, a perspectiva da criança é diferente, pois ela pode querer interagir com outras pessoas mas acaba sentindo-se como um bebê (MILLER; BACHRACH, 1995).

Nesse sentido Miller e Bachrach (1995) destacam as vantagens na utilização de uma cadeira de rodas especial:

- oferece suporte para tronco, costas, pescoço e cabeça e faixas para prender o peito;
- possui rodas maiores que torna mais fácil para empurrar pelos diversos tipos de terreno;
- é mais estável;
- facilita a comunicação, a alimentação e as habilidades sociais.

Esses autores citam três fatores que devem ser levados em consideração antes de comprar uma cadeira de rodas: a habilidade da criança para empurrar a cadeira, a necessidade de dispositivos de adaptação e os locais onde a cadeira será utilizada (em casa, na rua, na escola).

5.14.2 Transporte no colo

A forma como se carrega a criança no colo deve permitir que ela olhe em volta e que possa interagir com o ambiente. Finnie (2000) ensina que a ajuda e o apoio que são oferecidos devem ser ajustados e retirados o mais cedo possível, dando à criança a oportunidade de ajustar sua própria posição e de aprender a manter e recuperar seu equilíbrio.

Deve-se evitar carregar a criança como um bebê (Figura 19), pois além de ser emocionalmente ruim, nega-se a oportunidade à criança de fazer algo para ajudar a si mesma, além de reforçar assimetrias que possam estar presentes (FINNIE, 2000).



FIGURA 19- Forma incorreta de carregar a criança no colo.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

“Muitas vezes a única maneira de carregar uma criança à medida que ela se torna pesada é sobre os ombros” (FINNIE, 2000, p.236). Na figura 20 é possível observar a forma correta de se carregar com essa técnica: mantendo os braços da criança sobre os ombros do cuidador, à frente e para longe de seu corpo; segurando as pernas pelas coxas e, se possível, mantendo- as afastadas e rodadas para fora.



FIGURA 20- Cuidador carregando a criança sobre seus ombros.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

Outra maneira de carregar a criança em casa pode ser observada da Figura 21. Nessa técnica a criança está virada para o outro lado, suas pernas flexionadas, abduzidas e rodadas externamente; isso estimula a criança a levantar a cabeça e estender as costas (FINNIE, 2000).



FIGURA 21- Cuidador carregando a criança virada para frente.

FONTE- Dados da própria pesquisa com ilustração de Cristina Bisch.

5.14.3 Uso de andadores e bengalas para locomoção

Dependendo do grau de envolvimento motor e do déficit de equilíbrio, pode ser recomendado o uso de andadores ou bengalas. Os andadores são indicados para crianças com déficit no equilíbrio ântero-posterior e látero-lateral, pois elas necessitam um apoio maior para a deambulação (PARALISIA...). Já as bengalas são recomendadas para as crianças que não apresentam deficiência importante do equilíbrio látero-lateral. Para Wilson (2006), o uso de andadores infantis móveis está sendo desencorajado, pois eles impõem risco para lesões.

5.15 Avaliação e manejo da dor

Dor é uma condição comum em crianças com paralisia cerebral, sendo mais prevalente em indivíduos com comprometimento grave (TERVO *et al.*, 2006). A avaliação da dor nesses indivíduos é um desafio, pois o comprometimento neurológico prejudica a habilidade de entender e de comunicar a dor (Cooley, 2004; TERVO *et al.*, 2006). Para Tervo *et al.*(2006), o controle da dor é um importante indicador de qualidade de vida.

Segundo Cooley (2004), alguns fatores podem ser indicativos de que a criança está com dor, como choro característico, alterações de humor, temperamento, apetite, sono e de tolerância à movimentação.

Dentre as situações que podem estar causando o desconforto, Cooley (2004) destaca: problemas dentários, refluxo gastroesofágico, constipação, dor no sistema músculo-esquelético e problemas de trato urinário, incluindo pedra nos rins.

O controle da dor de forma geral pode ser feito com medidas farmacológicas (analgesia) e não-farmacológicas. De acordo com Wilson (2006), as intervenções não-farmacológicas servem para suplementar e não substituir as medidas farmacológicas. Assim, os cuidadores podem ser orientados a realizar algumas medidas não-farmacológicas a fim de facilitar o alívio da dor. Dentre essas medidas, Rigotti e Ferreira (2005) destacam: criação de um ambiente calmo, mudanças de

posição, distração para desviar a atenção da dor, aplicação de frio ou calor, massagem e criação de uma sensação de conforto geral.

5.16 Ambiente físico seguro

As crianças com PC apresentam um aumentado risco para sofrerem lesões. Isso está relacionado com sua incapacidade física, comprometimento neuromuscular, perceptivo e cognitivo (WILSON, 2006). Nesse sentido, alguns cuidados devem ser tomados a fim de evitar acidentes no ambiente doméstico (BACK; LENTZ; SCHMITZ, 2000; WILSON, 2006):

- não deixar a criança sozinha em locais que possa cair, como cama, mesa, cadeira e banheira;
- colocar grades na cama para evitar quedas; as grades devem ser espaçadas de modo que não permitam a passagem da cabeça e/ou membros da criança;
- não deixar a criança em “bebês conforto” em cima de móveis;
- usar prendedores de segurança quando a criança estiver sentada da cadeira;
- utilizar mobília forrada para proteção;
- preferir móveis pesados que não escorreguem, a fim de evitar quedas;
- evitar tapetes soltos e pisos encerados para evitar quedas;
- selecionar brinquedos apropriados à idade e à limitação física, oferecendo brinquedos grandes e resistentes que não possam ser engolidos;
- verificar a temperatura da água antes de iniciar o banho;
- organizar os móveis para facilitar a passagem da cadeira de rodas;
- colocar rampas nos locais onde há degraus.

5.17. Cuidados com medicações

Devido às inúmeras comorbidades que afetam as crianças com paralisia cerebral, é comum que elas necessitam tomar algum tipo de medicação no domicílio. Os cuidadores têm papel fundamental na administração do fármaco prescrito, devendo estar atentos à dose, via de administração, frequência e efeitos adversos.

A fim de facilitar o controle das medicações utilizadas pela criança, os responsáveis podem utilizar um quadro com as seguintes informações, conforme exemplo abaixo (Quadro 2):

Nome genérico	Nome comercial	Apresentação	Dose a ser administrada	Horário	Obs.
Fenobarbital	Gardenal [®]	Solução oral 40mg/ml	36 gotas	08h e 20h	
Paracetamol	Tylenol [®]	Solução oral 200mg/ml	36 gotas	Intervalo de 4 a 6 horas	Se dor ou febre

Quadro 2- Modelo de quadro para controle de medicações

Com relação à apresentação do fármaco, é comum em pediatria a utilização de suspensões e xaropes. Nesses casos é importante orientar o cuidador a agitar o frasco antes de administrar a medicação, a fim de dissolver as partículas sólidas, evitando oferecer uma dose inferior à criança (MELLO, 2004).

É oportuno ressaltar a importância do acompanhamento médico da criança, mantendo sempre a prescrição atualizada. É comum que a criança cresça e ganhe peso e permaneça recebendo a mesma dose da droga. Nesse sentido, os pais devem estar atentos às alterações de peso da criança informando-as ao médico responsável para que as doses das medicações possam ser ajustadas.

Com relação ao horário da tomada do remédio, este deve ser adaptado conforme conveniência da criança; pois, muitas vezes, há dificuldade de administração durante o período de sono ou no horário escolar (MELLO, 2004).

Os pais devem ser orientados quanto à interação do medicamento com os nutrientes. Isso é especialmente relevante quando a aceitação do medicamento é difícil, o que acaba obrigando os pais a misturar o medicamento com alimentos. Mello (2004) afirma que essa situação pode anular ou potencializar o efeito da droga.

O armazenamento das medicações deve ser feito em local longe do alcance da criança. No caso de ingestão acidental, deve-se procurar um serviço de saúde, informando o nome da droga que foi ingerida e a quantidade aproximada.

Outro aspecto importante é estar atento ao prazo de validade do fármaco, pois preparações vencidas podem ocasionar reações adversas além de comprometer a eficácia (MELLO, 2004).

5.18 Preparo para hospitalização

A hospitalização sempre é uma experiência que traz ansiedade e medo, especialmente se a criança nunca esteve no hospital antes. Então, sempre que possível, deve-se preparar a criança para o que vai acontecer, assim, a hospitalização será uma experiência menos assustadora e traumática (MILLER; BACHRACH, 1995). Para Wilson (2006), encorajar os pais a participarem ativamente dos cuidados da criança durante a hospitalização também pode ajudá-la a se ajustar a esse ambiente não-familiar. Contudo, a autora lembra que talvez a hospitalização seja a única oportunidade dos pais passarem os cuidados a outras pessoas e, portanto, essa pausa pode ser importante para o bem-estar deles.

Quanto melhor a criança entender as razões da internação, mais fácil será esse processo. A preparação deve ocorrer de acordo com a faixa etária. Crianças entre um e cinco anos podem compreender explicações simples sobre o que irá acontecer; devendo ser preparadas o mais perto da admissão possível, não mais de três dias antes (MILLER; BACHRACH, 1995). Nessa idade elas aprendem por imitação, assim, pode-se utilizar bonecos para descrever a parte do corpo que será afetada e brinquedos que simulem equipamentos como estetoscópio, termômetro, aparelho de pressão, etc. No caso de crianças maiores, Wilson (2006) afirma que a preparação pode ser feita cerca de uma semana antes, para que a criança possa assimilar as informações e fazer perguntas.

Durante a internação é fundamental ser honesto com a criança. Se for necessário sair e deixá-la, deve-se dizer quando se pretende voltar, pois crianças pequenas sentem medo perante a separação da família (MILLER; BACHRACH, 1995).

Miller e Bachrach (1995) lembram, ainda, a importância de ter um registro com os dados de saúde da criança. Como geralmente as crianças com PC têm contato com vários profissionais, tomam diversas medicações e podem ter passado por cirurgias e procedimentos, é fundamental criar uma forma de registrar esses dados para que possam ser levados nas consultas ou em situações de emergência. Entre os itens que podem constar nesse registro, os autores sugerem:

- dados sobre hospitalizações anteriores (data, motivo, médico, instituição);
- problemas de saúde (ex. convulsões, cardíacos, gastrointestinais, diabetes, asma);
- medicações em uso (dose, horário de administração);
- nome do pediatra e/ou especialistas;
- alergias;
- carteira de vacinação;
- registros da escola;
- documentos de identidade da criança.

5.19 Aspectos comportamentais

Os pais, naturalmente, gostariam que seu filho fosse capaz de ler, escrever e passar por todas as fases de desenvolvimento de uma criança normal. Porém, Finnie (2000) coloca que para as crianças mentalmente prejudicadas, o comportamento social é muito mais importante que o progresso intelectual. Assim, é essencial concentrar-se nos fundamentos para a adaptação social, aquisição de habilidades de auto-suficiência e o desenvolvimento de uma personalidade agradável (FINNIE, 2000).

É importante lembrar que a criança deficiente irá se tornar um adulto e sua felicidade dependerá de sua aceitação social. Se ela não tiver amigos e for evitada por conhecidos porque seu comportamento é estranho, infantil, agressivo ou desagradável, ela será infeliz (FINNIE, 2000).

5.19.1 Estabelecendo disciplina

“As crianças deficientes devem desenvolver comportamento socialmente apropriado como todo mundo, e devem aprender que o comportamento inadequado causa desaprovação social” (FINNIE, 2000, p.27). É importante dizer que mesmo pessoas severamente incapacitadas podem aprender a comportar-se em situações sociais, pois esse aprendizado requer pouca inteligência (FINNIE, 2000).

O aprendizado da disciplina e do autocontrole é gradual e deve ser iniciado precocemente. Isso exige dos cuidadores um comportamento consistente, para que a criança não tenha dúvida sobre o que se espera dela. Finnie (2000) ensina que desaprovação pode ser mostrada por um semblante sério e uma voz mais severa, isso é suficiente para inibir o comportamento inadequado e fazer com que a criança deseje restituir uma posição de amizade. A autora lembra que deve haver coerência entre os pais, ou seja, ambos devem desaprovar o mesmo comportamento, e a desaprovação deve ser firme e inalterável.

Finnie (2000) destaca alguns dos comportamentos que devem ser ensinadas pelos cuidadores: ficar quieto em vez de mover-se de um lado para outro; ficar em silêncio, em vez de constantemente barulhenta; deixar as coisas no lugar, em vez de tocá-las e jogá-las; cooperar com os outros ao invés de atacá-los e perturba-los; brincar com outras crianças, em vez de roubar os brinquedos delas, etc.

Outro aspecto importante no aprendizado da disciplina é observar em que situações a criança recebe atenção. Finnie (2000) afirma que a maioria dos adultos não demonstra interesse quando elas estão quietas e construtivamente ocupadas, mas, sim, quando se mostram barulhentas e destruidoras. Assim, a criança passa a aprender que esse comportamento atrai a atenção dos pais.

5.19.2 Comportamentos estereotipados

Algumas crianças com PC desenvolvem comportamentos estereotipados como balançar o corpo, girar a cabeça, mexer a língua e movimentar os dedos de forma estranha. Finnie (2000) explica que esses comportamentos ocorrem com

crianças que recebem pouca atenção, estímulo ou contato social, e especialmente naquelas mais severamente incapacitadas. Assim, essa manipulação do corpo pode ser considerada como uma forma de substituir o estímulo externo que é precário.

Uma vez que esses maneirismos são firmemente estabelecidos, fica difícil eliminá-los, uma vez que a criança torna-se absorvida em sua auto-estimulação e relativamente insensível ao contato social (FINNIE, 2000). Nesse caso a autora orienta que deve-se tentar substituir tais comportamentos oferecendo algo mais interessante e agradável à criança, como jogos e contato físico.

4.20 Cuidado ao cuidador

Cuidar de uma criança requer trabalho, tempo e paciência e, cuidar de uma criança com necessidades especiais, requer muito mais dessas qualidades (MILLER; BACHRACH, 1995). É natural que os cuidadores sintam-se sobrecarregados e frustrados devido às cargas emocional e financeira que estão envolvidas no cuidado da criança com PC.

Miller e Bachrach (1995) afirmam que os pais devem reconhecer que não serão bons cuidadores se não cuidarem deles mesmos. Nesse sentido, tais autores propõem que sejam utilizadas técnicas redutoras de estresse, como a prática de exercícios, leitura, jogos, praticar algum *hobbie*, participar de alguma atividade religiosa, etc. É fundamental, também, que os cuidadores aprendam a pedir conselhos e ajuda e devem entender que nem todas as necessidades da criança poderão ser atendidas.

Miller e Bachrach (1995), preocupando-se com a saúde dos cuidadores, orientam a maneira correta de manusear a criança sem causar lesões na coluna:

- antes de levantar a criança, posicionar-se o mais perto possível dela;
- sempre que possível, levantar-se dobrando os joelhos e não a coluna;
- durante o trabalho em pé, ajustar a superfície e a criança para que fiquem na altura do umbigo.

5.21 Promovendo estimulação e lazer

Muitas vezes, devido à deficiência da criança, os cuidadores tendem a concentrarem-se na atividade próprias do cuidado, esquecendo de promover recreação à ela. A deficiência da criança não deve suplantar o fato de ela ser uma criança e, portanto, necessita de atividades lúdicas variadas para desenvolver-se (FINNIE, 2000). Wilson (2006) afirma que as atividades recreativas servem para estimular o interesse e a curiosidades das crianças, ajuda-las a adaptar-se à sua incapacidade, melhorar as habilidades funcionais e construir auto-estima.

No início, os jogos que oferecem mais prazer são os de contato físico simples (abraçar, fazer cócegas, acariciar, roçar o nariz, beijar); os jogos visuais (aproximar e afastar o rosto, fazer movimentos com a boca e a cabeça, esconder-se e reaparecer) e os jogos vocais (cantar, falar carinhosamente, fazer sons divertidos com os lábios, soprar com suavidade) (FINNIE, 2000).

Brincadeiras barulhentas- com chocalhos, colheres para bater em panelas e baldes- estimulam o interesse do bebê pelos sons. Além disso, é importante sempre falar com a criança, nunca se deve manuseá-la em silêncio.

Assim que o bebê passa menos tempo dormindo, ele começa a aprender mais sobre o mundo ao seu redor. Esse é o momento em que eles têm fascinação por móveis. Finnie (2000) sugere fazer brinquedos em casa utilizando um cabide ou elásticos e amarrando objetos como enfeites de natal, pequenos sinos, tiras de papel e espelhos plásticos.

Finnie (2000) ressalta que a brincadeira deve ser estimulada durante todo o dia, nas situações cotidianas, ao invés de reservar uma hora especial para a sessão de recreação. A criança com PC muitas vezes tem o mesmo desejo de participar de atividades com seus pais e irmãos, mas sua deficiência a impede de fazer isso. Então, sempre que ela tiver a chance de participar dessas novas experiências, deve ser ajudada (FINNIE, 2000).

5.22 Manejo da sialorréia

Sialorréia é a perda não intencional de saliva através da boca e é um dos distúrbios mais comuns entre os portadores de PC (TAHMASSEBI; CURZON, 2003). Num estudo realizado com 160 crianças com paralisia cerebral, Tahmassebi Curzon (2003) constataram que 58% delas eram afetadas por esse distúrbio. Já para Miller e Bachrach (1995), aproximadamente 35% das crianças com paralisia cerebral têm problemas com sialorréia. Essa pode estar relacionada à falta de coordenação dos músculos da face, cabeça e pescoço e ao uso de alguns anticonvulsivantes, que podem contribuir para o aumento da quantidade de saliva (MILLER; BACHRACH, 1995). Para Senner *et al.* (2004), as principais conseqüências da sialorréia são: pele irritada, mau cheiro, aumento da incidência de infecções orais, problemas de higiene e desidratação. Entretanto, é consenso na literatura que o principal problema gerado pela sialorréia é o efeito estético desagradável, gerando isolamento social e diminuição da auto-estima (RUSSMAN, 2000; SENNER *et al.*, 2004).

Miller e Bachrach (1995) indicam algumas medidas que podem ser utilizadas para atenuar o problema:

- modificar a posição da criança para que a cabeça não fique caída para frente;
- realizar uma boa higiene oral para eliminar doenças dentárias;
- corrigir problemas ortodônticos que interfiram na habilidade de fechar a boca;
- retirar tonsilas ou adenóides que possam estar obstruindo a boca ou nariz;
- procurar tratamento com fonodióloga;
- uso de medicações ou cirurgia para diminuir a produção de saliva.

Finnie (2000) ensina outro método que pode auxiliar no controle da sialorréia:

durante o dia pode-se, ocasionalmente, colocar o dedo atravessado entre o lábio superior e o nariz da criança, exercendo pressão firme e contínua para trás (não para baixo), e fazendo isso sem falar com a criança ou interromper a brincadeira (FINNIE, 2000, p. 223)

Esse exercício possibilitará que, gradualmente, ocorra o fechamento espontâneo da boca e a deglutição efetiva da saliva. A autora destaca, ainda, a importância da utilização do controle oral durante a alimentação (já abordado anteriormente) a fim de estabelecer um padrão de deglutição adequado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de projetos de desenvolvimento é uma necessidade crescente na área da saúde. Essa situação é fruto da necessidade de se assegurar rigor científico nas orientações que são dadas aos pacientes. Assim, o presente trabalho cumpriu seu objetivo ao realizar uma ampla revisão de literatura e selecionar os cuidados mais pertinentes ao ambiente domiciliar, subsidiando a construção do manual. Esse material, por ser baseado em conhecimentos científicos, precisará ser atualizado constantemente a fim de que continue atingindo seus objetivos.

A próxima etapa do trabalho será apresentar o manual a duas ou três famílias de cuidadores, a fim de avaliar se as orientações contidas são claras e podem ser entendidas de maneira satisfatória. A seguir, será solicitado auxílio da gráfica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para impressão do manual definitivo. A proposta é que o manual seja fornecido aos cuidadores de pacientes portadores de paralisia cerebral internados nas unidades de pediatria da referida instituição. Ressalta-se que a realização desse trabalho foi apoiada pela coordenação do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA, uma vez que não há um trabalho com esse enfoque desenvolvido especificamente para essa clientela.

A intenção desse trabalho é contribuir para a melhora da qualidade de vida das crianças com PC, através da instrumentalização da família para o adequado cuidado em casa.

REFERÊNCIAS

- ALGREN, Chris; ARNOW, Debra. Variações das intervenções de enfermagem pediátrica. *In*: HOCKENBERY, Marilyn J. **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 706-786.
- BACK, Haydée E. H.; LENTZ, Rosemary Andrade; SCHMITZ, Edilza Maria R. Acidentes na infância. *In*: SCHMITZ, Edilza Maria. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. p. 379-386.
- BOBATH, Bertha; BOBATH, Karel. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 1989. 123 p.
- BRASIL. Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a legislação dos direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9610.htm>. Acesso em: 19 nov 2006.
- COOLEY, Carl W. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. **Pediatrics**. v. 114, n. 4, p.1106-1113, out. 2004.
- DIAMENT, Aron. Encefalopatias crônicas da infância. *In*: DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. **Neurologia infantil**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 54, p. 781-797.
- DOVERA, Themis Maria Dresch da Silveira. **Nutrição aplicada ao curso de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 5, n. 13, p.754-757, 2005.
- FERNANDES, Kelly; GUARÉ, Renata de Oliveira; VALENTIM, Climente. Utilização de abridor de baixo custo na higiene bucal de crianças portadoras de paralisia cerebral. **Revista de Odontologia da UNICID**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.85-93, 2003. Quadrimestral.
- FINNIE, Nancie R. **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. 3. ed. Barueri: Manole, 2000. 314 p. Tradução de: Maria da Graça Figueiró da Silva.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. A montagem do projeto. *In*: _____. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. Cap. 5, p. 32-36.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; LOUREIRO, Mariângela de Magalhães; GONÇALVES, Marise Xavier. Cuidado Corporal. *In*: _____. **Manual de procedimentos de enfermagem pediátrica**. Porto Alegre: Dc Luzzatto, 1990. Cap. 4, p. 44-45.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KRASNER, Diane; CUZZELL, Jan. Úlceras de pressão. *In*: GOGIA, Prem P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Cap. 6, p. 69-78.

KRIGGER, Karen W. Cerebral palsy: an overview. **American Family Physician**, v. 73, n. 1, p.91-100, jan. 2006.

MELLO, Elza Daniel de. Prescrição de medicamentos em pediatria. *In*: FUCHS, Flávio Danni; WANNMACHER, Lenita; FERREIRA, Maria Beatriz C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 74, p. 942-948.

MILLER, Freeman; BACHRACH, Steven J. **Cerebral palsy: a complete guide for caregiving**. Baltimore: Jonh Hopkings, 1995. 469 p.

NEWMAN, Christopher J.; O´REGAN, Myra; HENSEY, Owen. Sleep disorders in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine e Child Neurology**, n. 48, p.564-568, 2006.

PARALISIA cerebral. Disponível em: <www.sarah.com.br>. Acesso em: 18 ago. 2006.

PIOVESANA, Ana Maria Sedez Gonzaga *et al*. Encefalopatia crônica: paralisia cerebral. *In*: FONSECA, Luis Fernando; PIANETTI, Geraldo; XAVIER, Cristovão de Castro. **Compêndio de neurologia infantil**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Cap. 67, p. 825-866.

REDSTONE, Fran; WEST, Joyce F. The importance of postural control for feeding: in children with neurogenic disorders. **Pediatric Nursing**, v. 30, n. 2, p.97-100, mar. 2004.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p.50-54, jan. 2005.

RUSSMAN, Barry. Paralisa cerebral. *In*: FINBERG, Laurence. **Saunders manual de clínica pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 877-878.

SENNER, Jill E. *et al.* Drooling, saliva production, and swallowing in cerebral palsy. **Developmental Medicine e Child Neurology**, n. 46, p.801-806, 2004.

SILVA, Iolanda Flores e. A exposição ao sol na primeira infância. *In*: SCHMITZ, Edilza Maria. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 7, p. 109-111.

TAHMASSEBI, J. F.; CURZON, M. E. J. Prevalence of drooling in children with cerebral palsy attending special schools. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 45, p.613-617, 2003.

TERVO, Raymond C. *et al.* Parental report of pain and associated limitations in ambulatory children with cerebral palsy. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, v. 87, p.928-934, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00039993>>. Acesso em: 23 abr. 2007.

WILSON, David. A criança com disfunção neuromuscular ou muscular. *In*: HOCKENBERRY, Marilyn J. **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1187-1195.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting the development of young children with cerebral palsy**: a guide for mid-level rehabilitation workers. Geneva, 1993. 80 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_RHB_93.1.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2007.

**APÊNDICE- Manual de orientações para cuidados domiciliares de crianças
com paralisia cerebral**

PARALISIA CEREBRAL



CUIDANDO DA CRIANÇA EM CASA

CUIDADOS COM MEDICAÇÕES

Muitas crianças com Paralisia Cerebral necessitam tomar algum tipo de remédio. Os pais devem estar atentos à dose, forma de administração, frequência e efeitos colaterais das medicações tomadas pela criança. Para facilitar o controle das medicações pode-se utilizar um registro com as seguintes informações:

Nome genérico	Nome comercial	Apresentação	Dose a ser administrada	Horário	Obs

✓ No caso da criança utilizar o remédio na forma de suspensões e xaropes, é importante agitar o frasco antes de dar medicação, misturando bem a parte líquida e sólida, para evitar oferecer a dose errada à criança.

✓ O médico deve ser informado se a criança perder ou ganhar peso para que a dose do remédio possa ser ajustada.

✓ Esteja atento ao prazo de validade e informe-se se o remédio pode ser ingerido junto com a comida.

PARALISIA CEREBRAL: CUIDANDO DA CRIANÇA EM CASA ¹

Autora: Adele Kuckartz Pergher ²

Supervisão: Prof. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro ³

Ilustrações: Cristina Bisch ⁴

¹ Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E- mail: adele@portoweb.com.br

³ Professora doutora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Técnica de enfermagem da UTI Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Porto Alegre, junho de 2007.

ÍNDICE

➤ APRESENTAÇÃO.....	4
➤ ENTENDENDO A PARALISIA CEREBRAL.....	5
➤ CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO.....	7
➤ CUIDADOS DE HIGIENE.....	9
➤ CUIDADOS COM A SAÚDE DA BOCA.....	10
➤ CUIDADOS COM A PELE.....	12
➤ CUIDADOS COM A SIALORRÉIA.....	13
➤ CUIDANDO DA CRIANÇA COM ESPASTICIDADE.....	13
➤ PREVENINDO DEFORMIDADES.....	15
➤ CUIDADOS DURANTE O TRANSPORTE.....	16
➤ CUIDADOS DURANTE CRISES CONVULSIVAS.....	17
➤ PROMOVEDO SONO E REPOUSO.....	18
➤ COMPORTAMENTO- HABILIDADES SOCIAIS.....	18
➤ PREPARO PARA HOSPITALIZAÇÃO.....	20
➤ CUIDADOS COM MEDICAÇÕES.....	21

⇒ Promovendo estimulação e lazer

Muitas vezes, devido à deficiência da criança, os cuidadores acabam se concentrando somente nas atividades de cuidado diário, esquecendo de promover recreação à criança.

✓ Apesar da deficiência da criança é importante lembrar que ela é uma criança acima de tudo e, portanto, precisa brincar para desenvolver-se.

✓ As atividades recreativas servem para estimular o interesse e a curiosidades da criança, ajudam na adaptação à incapacidade e melhoram a auto-estima.

✓ Não é necessário reservar uma hora especial para a sessão de recreação. A brincadeira deve ser estimulada nas atividades do dia-a-dia.

PREPARO PARA HOSPITALIZAÇÃO

É importante que os pais organizem um registro com os dados de saúde da criança para que possa ser levado nas consultas ou em situações de emergência. Entre os itens que podem constar nesse registro são:

- ✓ dados sobre hospitalizações anteriores (data, motivo, médico, local);
- ✓ problemas de saúde (ex. convulsões, asma, problemas cardíacos ou gastrointestinais, etc);
- ✓ medicações em uso (dose, horário de administração);
- ✓ nome do pediatra e/ou especialistas;
- ✓ alergias;
- ✓ carteira de vacinação;
- ✓ registros da escola;
- ✓ documentos de identidade da criança.

⇒ Estabelecendo disciplina

✓ O aprendizado da disciplina requer pouca inteligência, então a criança pode ser ensinada a comportar-se em situações sociais.

✓ Os cuidadores precisam ter um comportamento consistente e coerente, para que a criança não tenha dúvida sobre o que se espera dela. A desaprovação pode ser demonstrada por uma cara séria e uma voz mais severa.

✓ A criança precisa aprender a ficar quieta em vez de mover-se de um lado para outro; ficar em silêncio, em vez de constantemente barulhenta; deixar as coisas no lugar, em vez de tocá-las e jogá-las; cooperar com os outros ao invés de atacá-los e perturbá-los; brincar com outras crianças, em vez de pegar os brinquedos delas, etc.

✓ É preciso dar atenção à criança quando ela está quieta e ocupada, e não só quando está barulhenta e destruidora; pois, senão, a criança aprende que o comportamento inadequado atrai a atenção dos pais.

⇒ Lidando com problemas comportamentais

Algumas crianças com PC desenvolvem comportamentos como balançar o corpo, girar a cabeça, mexer a língua e movimentar os dedos de forma estranha. Esses comportamentos ocorrem nas crianças que recebem pouca atenção, estímulo ou contato social, e especialmente naquelas mais severamente incapacitadas.

✓ A manipulação do corpo pode ser considerada como uma forma de substituir o estímulo externo que está faltando.

✓ Deve-se tentar substituir esses comportamentos oferecendo algo mais interessante e agradável à criança, como brincadeiras, um passeio, contato físico, etc.

APRESENTAÇÃO

Sabe-se que cuidar de uma criança com Paralisia Cerebral (PC) não é uma tarefa fácil, exigindo dos pais ou outros cuidadores muita disponibilidade, paciência, carinho e mudanças na vida de toda a família. A criança com PC precisa da ajuda dessas pessoas para atender às suas necessidades mais básicas, como de alimentação e higiene.

O objetivo desse manual é prestar apoio às pessoas que cuidam dessas crianças em casa, propondo soluções práticas para lidar com as dificuldades do dia-a-dia.

A intenção não é substituir as orientações fornecidas pelos vários profissionais envolvidos no tratamento; mas sim, propor ações que podem reduzir o surgimento de algumas complicações que são comuns nessas crianças.

As orientações contidas nesse manual não são específicas para um determinado tipo de PC, assim, os cuidadores devem adaptar as atividades às necessidades de suas crianças.

Esperamos que esse material possa ajudar no cuidado das crianças com paralisia cerebral, pois acreditamos que os cuidadores têm papel fundamental na manutenção da saúde e do bem-estar desses pacientes.

Boa Leitura!

ENTENDENDO A PARALISIA CEREBRAL

O que é?

É um grupo de problemas motores que acontecem devido a um dano no cérebro que pode ocorrer antes, durante ou após o nascimento.

Quais são as causas da doença?

A paralisia cerebral pode ser causada por vários fatores e nem sempre é possível descobrir qual foi a causa. De maneira geral, as causas são divididas em: pré-natais (problemas na gestação ou doenças da mãe); perinatais (parto difícil, prematuros) e pós-natais (meningites, traumatismos ou convulsões).

Como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico é baseado na história de vida da criança e no exame cuidadoso; raramente são necessários exames para confirmar a suspeita. Pode-se desconfiar que a criança tem paralisia cerebral quando ela demora mais que o normal para firmar a cabeça e sentar; fica com os braços ou pernas rígidos e com as costas arqueadas; usa somente um lado do corpo ou apenas os braços para engatinhar; é mais irritável que outras crianças; ou tem dificuldades na alimentação.

Como ficam as crianças afetadas?

As crianças apresentam problemas para se movimentarem, de equilíbrio e postura, retardo mental, dificuldades de fala e convulsões. As crianças são afetadas de

PROMOVENDO SONO E REPOUSO

Freqüentemente crianças com paralisia cerebral apresentam problemas para dormir. Dentre os fatores que podem interferir no sono dessas crianças podemos citar: espasmos musculares, dor, diminuição da capacidade de trocar de posição durante o sono, convulsões e problemas para respirar.

✓Além disso, algumas crianças tendem a apresentar um comportamento mais difícil que outras, não conseguindo um sono tranquilo à noite e sendo bastante irritáveis nos primeiros anos de vida. Em alguns casos pode ser necessário o médico prescrever um sedativo.

✓Os cuidadores devem procurar estabelecer um horário fixo para a criança deitar e, antes desse horário, pode-se oferecer atividades mais calmas e silenciosas a fim de ajudá-la a se acalmar.

✓Em alguns casos a criança não chega a desenvolver um padrão de sono, assim, o médico pode prescrever um sedativo.

COMPORTAMENTO- HABILIDADES SOCIAIS

Embora muitas das crianças com PC não possam se desenvolver normalmente, é essencial que elas possam ser bem aceitas pela sociedade e desenvolvam uma personalidade agradável. Se a criança não tiver amigos e for evitada por conhecidos porque seu comportamento é estranho, infantil, agressivo ou desagradável, ela poderá se sentir infeliz.

CUIDADOS DURANTE CRISES CONVULSIVAS

Os neurônios (células nervosas) estão sempre gerando impulsos elétricos. Essa atividade elétrica ocorre, normalmente, de uma maneira organizada. Quando vários neurônios entram em atividade ao mesmo tempo ocorre um problema no funcionamento do sistema nervoso central, que pode se apresentar através de convulsões, perda súbita da força muscular, perda ou alteração da consciência e alteração temporária do comportamento.

⇒ Protegendo a criança

Durante a crise convulsiva não se deve tentar segurar a criança, mas sim deixar o ambiente a sua volta seguro, afastando móveis e objetos cortantes.

✓ Deve-se procurar afrouxar as roupas que estiverem apertadas; deixar a criança de lado para que a saliva e vômitos escorram, facilitando a respiração. A cabeça precisa ser protegida; não se deve tentar puxar a língua ou introduzir qualquer objeto na boca.



⇒ Sinais de alerta

A crise convulsiva geralmente cessa entre dois a dez minutos. Porém, há algumas situações em que a criança necessita ser levada a um atendimento de emergência:

- ✓ convulsões repetidas sem recuperação entre elas;
- ✓ a convulsão durar mais do que 10 a 15 minutos;
- ✓ a cor da criança alterar-se durante a convulsão;
- ✓ a criança apresentar problemas para respirar durante a convulsão.

formas diferentes, algumas são mais comprometidas do que outras.

Quais as complicações que surgem com o passar do tempo?

Apesar da PC ser considerada um problema não progressivo, o dano torna-se mais aparente com o crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, algumas crianças podem ter uma piora do quadro devido a complicações como contraturas e deformidades, dificuldades alimentares, surgimento de problemas no trato digestivo, problemas de pele e infecções respiratórias recorrentes.

Qual é o tratamento para a paralisia cerebral?

A PC não tem cura, mas é possível tratar a criança para que ela possa desenvolver seu potencial e ter uma melhor qualidade de vida. O acompanhamento e tratamento da criança têm como objetivos: melhorar a locomoção e comunicação; corrigir defeitos associados (como as deformidades e contraturas); obter melhor aparência e proporcionar acesso à educação adaptada às necessidades e capacidades da criança.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

Problemas relacionados à alimentação são bastante comuns nas crianças com paralisia cerebral e geram preocupação para os pais. As dificuldades alimentares podem ocasionar refeições demoradas e cansaço e, conseqüentemente, a criança vai receber menos alimento do que precisa. As dificuldades podem começar quando o bebê não consegue mamar normalmente; depois, com o passar do tempo, a criança pode apresentar dificuldade para mastigar e engolir.

Alguns cuidados podem auxiliar no sucesso da alimentação da criança e, com isso, favorecer seu desenvolvimento adequado.

⇒Prevenindo a aspiração

Aspiração ocorre quando o alimento, ao invés de chegar no estômago, entra pela via errada e vai parar nos pulmões. Isso ocorre por causa da falta de coordenação entre respiração e deglutição (engolir), da posição errada da cabeça, da diminuição do reflexo de tosse e, em alguns casos, devido ao refluxo gastroesofágico. A criança que aspira freqüentemente está sujeita a ter várias pneumonias.

As principais formas para diminuir a ocorrência de aspiração durante a alimentação são o posicionamento certo da criança e a mudança na consistência dos alimentos.

✓A postura recomendada para uma deglutição segura consiste em: manter a cabeça reta e centralizada, e o queixo deve ficar ligeiramente para baixo.

✓Não se deve deixar a criança deitada tomando mamadeira, pois além de facilitar a aspiração, pode favorecer a ocorrência de infecções no ouvido.



CUIDADOS DURANTE O TRANSPORTE

Normalmente a criança com paralisia cerebral precisará ser carregada e transportada por mais tempo do que um bebê normal e necessitará de mais ajuda. O jeito como se carrega a criança pode influenciar no seu comportamento motor e na aprendizagem. Assim existem algumas formas mais adequadas de transportar a criança.



✓Não se deve carregar a criança como um bebê; é mais indicado carrega-la de outras formas, como sobre os ombros, no caso de crianças pesadas.

✓Outra maneira de carregar a criança em casa é deixar criança virada para o outro lado, isso estimula a criança a levantar a cabeça e estender as costas.



⇒Utilizando carrinho ou cadeira de rodas

Crianças com até um ou dois anos de idade geralmente podem utilizar carrinhos comuns para bebês.

✓Por volta dos três a cinco anos os carrinhos comuns já não são mais fortes o suficiente para carregar a criança, devendo ser considerada a possibilidade de adquirir um carrinho especial.

✓Alguns fatores devem ser levados em consideração antes de comprar uma cadeira de rodas: se a criança tem capacidade para empurrar a cadeira, se são necessários assessorios de adaptação e os locais onde a cadeira será utilizada (em casa, na rua, na escola).

PREVENINDO DEFORMIDADES

Algumas crianças com PC podem apresentar deformidades com o passar do tempo. Essa situação é mais comum em crianças que têm um comprometimento mais severo e se movimentam pouco. Os locais mais comuns para ocorrência de deformidades são as pernas e a coluna, seguida de mãos, pulsos e cotovelos.

A criança com deformidades e contraturas gasta muita energia para realizar o mínimo movimento, além disso, essa condição dificulta os cuidados diários da criança. Alguns cuidados podem ser adotados a fim de prevenir ou retardar o surgimento das contraturas:

✓Primeiramente deve-se proporcionar manuseio e posicionamento correto e estimular a movimentação ativa da criança;

✓ Se a resistência ao alongamento aumentar, pode ser necessário utilizar talas para permitir um alongamento constante dos músculos; deve-se realizar alongamentos nos músculos que estão em risco de apresentar contraturas;

✓ Caso as contraturas continuem piorando e a resistência ao alongamento aumentando, um médico deverá ser consultado.

✓Algumas crianças tendem a fechar a mão deixando o polegar sobre a palma, a mão acaba ficando úmida, mal cheirosa e há dificuldade em realizar a higiene. Nesses casos pode ser utilizada uma tira no polegar, com o objetivo de manter o polegar estendido.



✓Se a criança não pode mastigar, a consistência da comida é importante. Se ela tem dificuldades para engolir líquidos, deve ser alimentada com pequenos volumes de comida pastosa e sucos engrossados com frutas, gelatinas ou iogurtes, procurando-se manter um bom nível de hidratação.

⇒Facilitando a deglutição (engolir)

Quando a criança não consegue controlar os músculos da boca, pode-se utilizar uma técnica chamada de controle oral para facilitar a alimentação. Essa técnica ajuda no fechamento da boca, facilita os movimentos da mandíbula, língua e lábios. A técnica pode ser desenvolvida de duas formas:

✓Pela frente: dedo médio deve ser colocado bem atrás do queixo (fazendo uma pressão firme), o polegar é colocado abaixo do lábio inferior e o dedo indicador é colocado paralelamente à mandíbula da criança.



✓Pelo lado (com a criança no colo): o dedo médio da mão que não alimenta é colocado embaixo do queixo, o dedo indicador é colocado abaixo do lábio inferior (no queixo) e o polegar é colocado na bochecha.



⇒Usando colher e copo

Ao utilizar a colher na alimentação, não se deve raspá-la nos dentes superiores ou nos lábios, a criança precisa tentar tirar a comida com o lábio superior enquanto a colher é pressionada em sua língua.

✓No caso de a criança utilizar o copo para beber, pode-se cortar um pedaço do mesmo a fim de encaixar o nariz, assim, não será necessário inclinar a cabeça para trás enquanto ela bebe.



⇒Prevenindo a constipação (intestino preso)

A constipação é um problema comum em crianças com PC e pode estar relacionada ao uso de alguns tipos de remédio, diminuição da atividade física e variação da hidratação do corpo.

✓Nesses casos deve-se procurar oferecer à criança frutas (mamão, abacaxi, laranja com bagaço, ameixa preta, manga, melancia), verduras (principalmente as folhas cruas) e as leguminosas (feijão, ervilha, lentilha). Cereais integrais como arroz integral, pão integral, aveia, sementes de linhaça e farelo de trigo, também são ótimas alternativas para aumentar a quantidade de fibras na dieta.

CUIDADOS DE HIGIENE

Os cuidadores devem procurar manter uma boa aparência geral da criança através de uma boa higiene corporal, roupas limpas, dentes bem cuidados, cabelos arrumados, etc. Isso promove uma melhor interação social da criança aumentando seu bem-estar.

⇒Tocando as fraldas

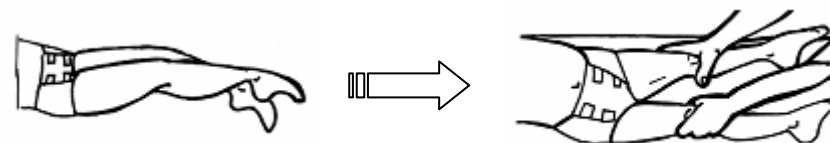
Com relação à troca de fraldas um problema bastante freqüente é o surgimento de assaduras. A assadura é causada pelo contato direto e prolongado da pele com urina e fezes, associadas à umidade e calor local.

✓Para crianças com peles sensíveis, pode-se colocar fraldas de algodão por dentro da fralda descartável, a fim de prevenir irritações na pele.

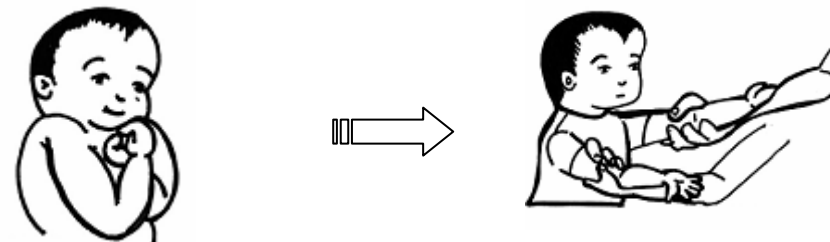
✓Não se deve tentar corrigir essa posição colocando a mão atrás da cabeça, pois isso fará com que a criança empurre mais para trás. O correto é colocar as mãos em cada lado da cabeça e puxar para cima, dando à criança um “pescoço longo”.



✓Outra postura típica é manter os quadris e pernas estendidas. Nesse caso, deve-se segurar as pernas sobre ou logo acima dos joelhos, procurando separá-las girando os quadris para fora.



✓Outra postura típica da criança com espasticidade é manter os braços flexionados junto ao corpo. Nesse caso, recomenda-se que se pegue a criança pelo lado de fora dos cotovelos, levantando e girando os braços para fora enquanto a traz para sua direção.



criança antes das 10h e após as 15h, por 15 a 30 minutos por dia.

CUIDADOS COM A SIALORRÉIA

Sialorréia é a perda não intencional de saliva através da boca e é um distúrbio comum entre os portadores de PC. Esse problema ocasiona pele irritada, mau cheiro, infecções na boca, problemas de higiene, desidratação e efeito estético desagradável.

Algumas medidas podem ser utilizadas para atenuar o problema:

- ✓ modificar a posição da criança para que a cabeça não fique caída para frente;
- ✓ realizar uma boa higiene oral para eliminar doenças dentárias;
- ✓ corrigir problemas dentais que interfiram na habilidade de fechar a boca;
- ✓ procurar tratamento com fonodióloga.

CUIDANDO DA CRIANÇA COM ESPASTICIDADE

Espasticidade é uma hipertonicidade muscular que torna o músculo tenso e dolorido. Essa condição prejudica a higiene, a locomoção e o transporte das crianças afetadas.

✓ A criança com espasticidade fica mais vulnerável quando deitada sobre suas costas, nesses casos a criança empurra sua cabeça para trás e seus ombros para cima e para frente.



✓ Alguns cuidados podem ser adotados a fim de prevenir e tratar esse tipo de problema: evitar o uso de talco, sabonetes perfumados e calça plástica; realizar higiene do períneo com água morna após cada eliminação; utilizar pomada com vitamina A e D (Hipoglos[®]) como barreira para o contato com as eliminações; fazer banhos de assento com permanganato de potássio (diluído em água até ficar rosa claro); realizar banho de sol ou de luz.

✓ Durante a troca de fraldas deve-se evitar levantar o bebê pelas duas pernas, pois nas crianças que são mais rígidas isso resultará em piora do reflexo extensor. Portanto, o melhor é levantar a criança por uma perna, girando a pelve (bacia) para frente.

⇒ Escolhendo as roupas

O ideal é escolher roupas que facilitem o vestir da criança, como as que se abrem pela frente, com fechos e velcro ao invés de botões. Na hora de vestir a criança, é melhor vestir primeiro o lado mais afetado e deixar esse lado para desvestir por último.

CUIDADOS COM A SAÚDE DA BOCA

É comum encontrar problemas bucais (como a cárie) em crianças com PC. Isso pode estar relacionado à nutrição e higiene oral incorretas, à falta de habilidade da língua de limpar a boca e ao uso de remédios anticonvulsivantes.

⇒ Cuidando da alimentação

✓ Deve-se evitar manter a criança alimentada por muito tempo com mamadeira e alimentos açucarados, pois isso favorece o aparecimento de cáries.

✓ É importante oferecer alimentos mais sólidos para estimular a mastigação; pois a dieta pastosa ou semilíquida não estimula os músculos da boca e acaba favorecendo o aumento da placa bacteriana.

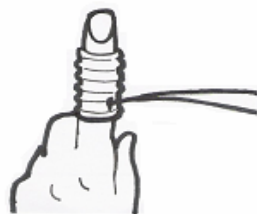
⇒ Realizando a higiene da boca e dentes

✓ A escovação dos dentes é a atividade mais importante para manter a higiene oral e deve começar o quanto antes. O ideal é realizar a higiene sempre no mesmo horário, assim, a criança aprende que isso é uma rotina.

✓ Mesmo antes do nascimento dos dentes já se deve realizar a higiene oral. Nesse período pode-se utilizar uma gaze ou a ponta de uma fralda embebida em água filtrada ou soro fisiológico.

✓ Por volta dos 18 meses pode-se começar a utilizar uma escova para fazer a escovação, que deve incluir as gengivas e a língua. Se a criança não tolerar a escovação, pode-se utilizar um cotonete ou um algodão embebido em pasta de dente ou em solução antisséptica (esses produtos não devem ser engolidos).

✓ Outro instrumento que facilita a escovação é o abridor de boca, que pode ser confeccionado com um pedaço de mangueira de jardinagem. Isso ajuda a manter a boca da criança aberta, evitando que o cuidador se machuque. Também pode-se fazer um furo na mangueira para passar o fio dental.



CUIDADOS COM A PELE

A pele é a barreira natural do corpo contra várias agressões do meio ambiente. Assim, é muito importante cuidar bem da pele para evitar que ocorram lesões. Algumas crianças mais comprometidas e que são muito magras podem ter ossos proeminentes, o que é um grande risco para o aparecimento de feridas, principalmente quando estão doentes e com a habilidade para se mexer e se comunicar prejudicadas.

✓ A pele deve ser observada diariamente (durante o banho, por exemplo) e, qualquer área que esteja vermelha ou que pareça estar recebendo muita pressão, deve ser protegida.

✓ A prevenção de feridas pode ser feita com as seguintes medidas:

- trocando a criança de posição freqüentemente;
- realizando exercícios para evitar e/ou reduzir as contraturas e aumentar a mobilidade;
- utilizando assessorios como almofadas para cadeira de rodas, travesseiros para proteger proeminências ósseas e colchão piramidal;

✓ Se a criança já tiver uma ferida, a primeira coisa a fazer é manter a área limpa e seca e evitar colocar pressão sobre ela.

✓ Os produtos mais adequados para serem utilizados na higiene da pele são os suaves e com pH neutro. Pode-se utilizar um hidratante para hidratar a pele; o ideal é aplicá-lo após o banho, enquanto a pele ainda está quente e úmida.

✓ É importante que a criança seja exposta ao sol, pois é uma fonte de vitamina D (que previne as fraturas ósseas) e tem efeito cicatrizante para a pele. Deve-se preferir expor a