

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**O brincar na promoção do desenvolvimento da criança
com necessidades especiais de saúde: contributo do
enfermeiro especialista**

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Lisboa

2020



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O brincar na promoção do desenvolvimento da criança
com necessidades especiais de saúde: contributo do
enfermeiro especialista


Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Orientador: Prof^a Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

*“Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos:
ternura, pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”*

Louis Pasteur

AGRADECIMENTOS

Obrigada a Deus e obrigada ao meu irmão por estarem sempre presentes,
Obrigada a todas as crianças, jovens e famílias que foram e são a minha fonte diária
de aprendizagem, esperança e inspiração,
Obrigada aos meus pais que contribuíram para a realização deste sonho,
Obrigada ao meu marido por todo o amor, compreensão e paciência durante este
percurso,
Obrigada às minhas filhas, Joana e Marta, que nasceram no meio deste percurso e
que foram a alegria e o alento nos dias mais difíceis,
Obrigada à Carolina e à minha chefe Margarida pelo apoio essencial neste caminho
e obrigada por nunca me deixarem desistir,
Por último, mas não menos importante, à Professora Isabel Malheiro pela paciência
e pela dedicação demonstrada em todos os momentos, pela sua disponibilidade,
orientação e apoio sem fim.

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNES – Criança com Necessidades Especiais de Saúde

CNT – Cuidados Não-traumáticos

CVP – Cateter Venoso Periférico

CR – Centro de Reabilitação

CSI – Consulta de Saúde Infantil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IPA – International Play Association

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

SIRP – Serviço de Internamento de Reabilitação Pediátrico

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente relatório ambiciona espelhar um percurso de aprendizagem desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria para aquisição e desenvolvimento de competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e ainda, neste sentido, procurou-se explicitar o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, as atividades concretizadas nos diferentes contextos de estágio, as estratégias e recursos utilizados e os principais resultados alcançados, articulando de forma sustentada numa metodologia reflexiva, crítica e construtiva sobre a prática.

A problemática central deste relatório surgiu com a necessidade de desenvolver e aprimorar competências técnico-científicas e relacionais, com especial enfoque no brincar como promotor do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde, sendo este o catalisador no planeamento e concretização deste meu percurso formativo. O brincar surge como estratégia para minimizar as consequências negativas que a hospitalização prolongada frequente provoca na criança com necessidades especiais de saúde e nas repercussões que poderá trazer para o seu desenvolvimento. No decorrer deste relatório pretendo demonstrar o benefício da utilização do brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde e os desafios que são colocados ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para sua utilização como intervenção de enfermagem, nos vários contextos da prática. Na conquista desta perícia foi mobilizada a Teoria da Transição de Afaf Meleis, como referência conceptual de enfermagem, integrada na filosofia dos cuidados centrados na família e dos cuidados não-traumáticos, o que permitiu e facilitou a aquisição e desenvolvimento de competências atribuídas àquele que possui grau de mestre, assim como das competências clínicas especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Jogos e brinquedos, Desenvolvimento Infantil, Criança com Necessidades Especiais de Saúde, Hospitalização, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

This report reflects the learning process acquired in the Nursing Master's Degree and Specialization in Child Health and Pediatrics for Specialist Nurse skills acquisition and development. Describes the situation diagnosis, objectives definition, the activities carried out in the different internship contexts, the strategies and resources used and the main results achieved using a reflective, critical and constructive methodology.

The central issue in this report arose with the need to develop and improve technical, scientific and relational skills, with a special focus on playing as a promoter of children with special health needs development. Playing emerges as a strategy to minimize the negative consequences of prolonged hospitalization on children with special health needs and the repercussions that it can bring to their development. Throughout this report I intend to demonstrate the benefits of play in children with special health needs development and the challenges that Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics faces on its use as a nursing intervention.

The Afaf Meleis Transition Theory was used as a conceptual nursing reference, integrated in the family-centered and non-traumatic care philosophy, which allowed and facilitated the skills acquisition and development attributed to those who have a Master's Degree, as well as the specialized clinical skills defined by the Portuguese Order of Nurses.

Keywords: Play and Playthings, Child Development, Children with Special Health Needs, Hospitalization, Pediatric Nursing.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 8 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 11 |
| 1.1 O brincar e a criança hospitalizada | 11 |
| 1.2 O brincar e as CNES | 13 |
| 1.3 Referenciais Teóricos na Prática de Cuidados do EEESIP | 14 |
| 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO | 19 |
| 3. METODOLOGIA | 21 |
| 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO | 23 |
| 4.1 Cuidados de Saúde Primários..... | 23 |
| 4.2 Centro de Reabilitação | 31 |
| 4.3 Serviço de Internamento de Reabilitação Pediátrico..... | 35 |
| 4.4 Serviço de Urgência Pediátrica..... | 38 |
| 4.5 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos..... | 43 |
| 4.6 Serviço de Internamento de Pediatria..... | 48 |
| 5. Projeto futuro... O Foguetão Mágico | 52 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |

APÊNDICES

Apêndice I Cronograma de Estágio

Apêndice II Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III Folheto: “Brincar com a criança com necessidades especiais de saúde”

Apêndice IV Folheto: "Ostomias"

Apêndice V *Dossier* Temático - O brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde

Apêndice VI Norma: *Kit* do brincar

Apêndice VII Guia Orientador de Boa Prática (Urgência Pediátrica)

Apêndice VIII Guia Orientador de Boas Práticas (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátricos)

Apêndice IX Projeto de Intervenção – “Foguetão Mágico”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Tem como objetivo espelhar, analisar e avaliar o meu percurso formativo, e transmitir de que forma me permitiu adquirir e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados à criança/jovem e à sua família, em situações de crescente complexidade nos diferentes contextos da prática. Todo este processo foi baseado numa prática reflexiva, pensamento crítico e construtivo, sustentado nos importantes contributos teóricos, e possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências atribuídas àquele que possui grau de mestre. Este meu percurso formativo começou pela necessidade de desenvolver e aprimorar competências técnico-científicas e relacionais, inerentes ao desempenho do EEESIP, com especial enfoque no brincar como promotor do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde (CNES).

A doença e a hospitalização são acontecimentos que podem ser avassaladores na vida da criança e da família, afetando o seu crescimento e desenvolvimento. De acordo com Sanders (2014), estes acontecimentos envolvem, frequentemente, situações de *stress*, sendo que a representação dos seus medos e da sua ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões. Acrescenta ainda que as crianças que brincam lidam positivamente com estes acontecimentos e, pelo contrário, “as crianças que não podem brincar estão à espera, testando, retendo ou tomando decisões interiores sobre o cenário” (p. 1041). No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto negativo no seu desenvolvimento. O enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas e promotoras do seu desenvolvimento, tal como o brincar, reduzindo a interferência negativa que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Como refere Barros (2003), devem ser desenvolvidas estratégias, para transformar o ambiente hospitalar, num ambiente promotor de conforto e de bem-estar, facilitando a adaptação da criança/jovem e sua família, visando a experiência de hospitalização numa oportunidade de desenvolvimento e de aprendizagem.

As CNES, devido às suas limitações, múltiplas hospitalizações e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento harmonioso (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de alterações de desenvolvimento é acrescido (Sanders, 2014).

A metodologia utilizada subsiste na reflexão sobre a prática, nos diferentes contextos de estágio, tendo em conta a perspetiva de Kolb (1984). Segundo este autor, o homem é um ser integrado no seu meio natural e cultural, capaz de aprender a partir de sua experiência (aprendizagem experiencial), nomeadamente, com a reflexão consciente sobre a mesma. Este acrescenta que uma pessoa aprende motivada pelos seus interesses e empenha-se deliberadamente na obtenção de aprendizagens que lhe façam sentido. A aprendizagem implica um processo reflexivo pelo qual as competências profissionais se desenvolvem. A aprendizagem experiencial foi-me possível através da realização de estágios onde estabeleci relação entre a teoria e a prática, promovendo o meu desenvolvimento profissional. Além disso, a reflexão esteve sempre presente, sendo necessário uma investigação sobre as várias experiências vivenciadas, para o desenvolvimento e consolidação da aprendizagem (Kolb, 1984). Também Alarcão e Tavares (2003), reconhecem a importância da reflexão sobre as experiências, interações e pessoas, sendo uma reflexão na e sobre a prática como fonte de conhecimento.

Como refere Benner (2001), a experiência é imprescindível para a perícia, sendo esta desenvolvida através de situações da prática. Na conquista desta perícia, com enfoque na promoção do desenvolvimento da CNES e facilitação da sua transição para a etapa seguinte, da forma o mais harmoniosa possível, foram mobilizados referenciais teóricos como a Teoria da Transição de Afaf Meleis, como referência conceptual de enfermagem, sustentada na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e dos Cuidados Não-traumáticos (CNT), em todo este meu percurso formativo e pessoal, desde o seu planeamento, implementação e avaliação.

Assim, este relatório de estágio pretende demonstrar o saber prático e reflexivo desenvolvido, enquanto futura EEESIP e mestre. Tenho como aspiração o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de especialidade, assim como, o desenvolvimento de estratégias de enfermagem que facilitem a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento da CNES. Encontra-se

dividido em cinco capítulos, sendo que o primeiro é denominado de enquadramento conceptual, onde é apresentada a temática em estudo, assente em referenciais teóricos e na evidência científica disponível, fundamentando e justificando a pertinência do trabalho. No capítulo seguinte é feita a identificação e justificação do problema e objeto de estudo. O terceiro capítulo é composto pela descrição e análise da experiência vivenciada em cada local de estágio, assim como, os contributos obtidos no desenvolvimento de competências de EE e EEESIP, com enfoque nos objetivos específicos propostos, nas atividades desenvolvidas e recursos mobilizados. Na sequência, procurou-se perspetivar o futuro, de forma a dar continuidade a este percurso iniciado. Termina com as considerações finais, onde é imperativo uma apreciação global do meu percurso formativo como EEESIP e Mestre, relatando as dificuldades sentidas e sugestões de melhoria.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste primeiro capítulo procurou-se apresentar a temática em estudo, o brincar na promoção do desenvolvimento da CNES, abordando conceitos, fatores influenciadores e estratégias para a sua utilização. A contextualização da problemática fundamentada no conhecimento e evidência científica são essenciais para uma percepção mais profunda do fenómeno de enfermagem em estudo. Além disso, a clarificação do modelo conceptual de enfermagem torna-se basilar, não apenas por assimilar uma dimensão explicativa do fenómeno, mas também por estabelecer um modelo de cuidar no qual é possível basear a prática de cuidados. Deste modo, faz-se uma breve descrição da Teoria das Transições de Afaf Meleis que orienta e clarifica o processo de cuidados.

1.1 O brincar e a criança hospitalizada

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto negativo desta experiência no seu desenvolvimento. Vários autores relatam as consequências negativas da hospitalização na criança e no seu desenvolvimento. Como refere Jorge (2004), a hospitalização leva a “alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, podendo bloquear temporariamente este processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade” (p. 33). Também Batalha (2017), aborda as consequências negativas da hospitalização que se manifestam “por ansiedade, perda da autonomia na realização de atividades diárias já adquiridas ou comportamentos regressivos como por exemplo a perda de controlo esfinteriano” (p. 4). Diogo, Vilela, Rodrigues e Almeida (2015) garantem igualmente que a hospitalização pode retardar provisoriamente, ou até mesmo, restringir, o desenvolvimento, sendo essencial tornar a hospitalização um acontecimento não traumático, numa experiência positiva de desenvolvimento e aprendizagem. De acordo com Sanders (2014), a doença e a hospitalização são acontecimentos na vida da criança que envolvem, frequentemente, situações de *stress*, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões. O mesmo autor também refere que as vivências da hospitalização na criança e família podem ser avassaladoras. A Ordem dos Enfermeiros (2010) considera a hospitalização como um acontecimento que gera na criança

comprometimento físico e psicológico, sendo imposto ao enfermeiro um conjunto de saberes e competências para potenciar um desenvolvimento infantil harmonioso, identificando as necessidades de cada criança e família. Como refere Sanders (2014), o enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, tal como o brincar, reduzindo a interferência negativa que a hospitalização acarreta.

Em Enfermagem, a utilização do brinquedo já teria sido abordada por Florence Nightingale, durante o século XX, no entanto o brincar teve maior reconhecimento e valor, através da Declaração da International Play Association (IPA) em 1961 e da Convenção dos Direitos da Criança em 1989, sendo desde então encarado como uma “necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa, assumindo-se como essencial ao desenvolvimento infantil” (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010, p.26-27). A Convenção dos Direitos da Criança refere no seu artigo 31º que reconhece “à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (Unicef, 1990, p. 22). Também na Declaração da IPA (2014), o direito ao brincar está evidenciado, sendo visto como uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais da criança e considerada uma necessidade básica. Esta declaração também refere que é um ato instintivo, voluntário e espontâneo, uma atividade natural e exploratória, onde a comunicação e expressão associadas ao pensamento e ação, dão prazer à criança, ajudando-a no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Assim como a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2009) indica no ponto n.º 6 e 7 que estas “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas (...) O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas” (p. 22-24).

O brincar é uma atividade inata da infância, que oferece oportunidades para a criança se desenvolver, dando-lhe informação sobre o mundo ao seu redor (Waksman & Harada, 2005), é a sua principal atividade e linguagem universal (Hockenberry, 2014). Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil, permitindo desenvolver as potencialidades e capacidades da criança (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Deste modo, considera-se o brincar como fundamental na vida da criança e, como enfermeiros, é essencial intervir para promover um desenvolvimento infantil mais harmonioso possível.

1.2 O brincar e as CNES

De acordo com Silveira e Neves (2012), as CNES são crianças que exigem cuidados especiais de saúde, de forma temporária ou permanente, com múltiplos diagnósticos e dependência frequente dos serviços de saúde, assim como de diversos profissionais, devido à sua fragilidade e vulnerabilidade. Para os mesmos autores, estes cuidados especiais de saúde, decorrentes de doença crónica, exigem por vezes internamentos longos, medicações especiais, dietas específicas e até mesmo de dispositivos de saúde ou de tecnologia diversificada, para suprimir as necessidades existentes.

A doença crónica é definida como uma

doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

Segundo Batalha (2017), a doença crónica continua a ser um dos principais motivos de hospitalização, com implicações no desenvolvimento da criança. As CNES, devido às suas limitações, hospitalizações frequentes e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de alterações no desenvolvimento é acrescido (Sanders, 2014). As necessidades das CNES são iguais às de todas as outras crianças, no entanto, elas têm necessidades acrescidas, que vão desde a fase inicial com um diagnóstico, o mais precoce possível, tendo em conta a importância da reabilitação, ao apoio à família, e uma resposta adequada na comunidade, para a sua integração plena (Fonseca, 1999). A necessidade de brincar também é a mesma, como a de outra qualquer criança. O exercício executado traz benefícios para o desenvolvimento da coordenação, aptidão cardiovascular e controlo de peso (Bryant, 2014). Esta autora refere que, frequentemente, os pais poderão estar menos atentos à necessidade de tais atividades, em prol de uma atenção mais focada nas necessidades de saúde especiais. Eles também podem sentir-se incapazes de brincar com a criança, visto que a interação recíproca habitual e a satisfação resultante entre pais e filhos pode estar comprometida. Acrescenta ainda que as CNES podem não conseguir iniciar

atividades lúdicas adequadas por iniciativa própria e poderão apresentar uma menor capacidade de atenção e/ou motivação, pelo que é essencial ajudá-los a “tomar consciência de si próprias para que depois lhes seja possível explorar e aprender dos outros em relação a si” (Fonseca, 1999, p. 11).

Desta forma, o enfermeiro deve observar e avaliar as necessidades de cada criança, tal como o seu estágio de desenvolvimento e os seus interesses. Esta avaliação é importante para se perceber as dificuldades e potencialidades da criança, fornecendo-lhe todas as condições para que esta consiga brincar (Fonseca, 1999), brincar pelo seu prazer, crescendo e desenvolvendo-se. A abordagem é focada no desenvolvimento, em vez da idade cronológica, ajudando a identificar qual o tipo de brincadeira adequada à idade de desenvolvimento (Bryant, 2014).

Como refere Fonseca (1999)

a atividade lúdica da criança com deficiência não é diferente... e deve ser estimulada precocemente pois, promovendo o desenvolvimento da competência, autonomia e autoestima, facilita às interações com o meio e oferece-lhes oportunidades para a exploração e para o jogo, com vista ao prazer e autorealização (p. 13).

1.3 Referenciais Teóricos na Prática de Cuidados do EEESIP

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia dos CCF, nos quais a estrutura e a dinâmica familiar podem afetar a saúde e bem-estar da criança (Hockenberry, 2014). Como tal, CCF “é uma filosofia que além de cuidar da criança também reconhece a sua família como unidade de cuidado” (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2010, p. 134). Segundo o Instituto para o Cuidado Centrado na Família referencia, os pressupostos centrais dos CCF são a dignidade e o respeito, sendo essencial ouvir e respeitar as escolhas e perspetivas da criança/família, assim como incorporar o seu conhecimento, valores, crenças e cultura na prestação de cuidados; partilha de informação, isto é comunicar de forma clara, completa e imparcial, fornecendo todas as alternativas necessárias, sendo posteriormente incluída a sua decisão no plano de cuidados elaborado em conjunto com a família; participação, na medida em que a família é incentivada a participar no cuidado e na tomada de decisão, escolhendo a sua forma de atuação; e colaboração, sendo que criança/família são incorporados como base de apoio no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas dentro da instituição, facilitando os cuidados de saúde e a sua prestação (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2010). Tal como refere Mendes e Martins (2012), o

reconhecimento da importância da família e do seu envolvimento nos cuidados à criança devem estar focados no processo de Enfermagem, assim como a parceria que se caracteriza pela partilha de poder e saberes, sendo realizada a definição concreta de objetivos comuns, centrados na pessoa, verificando-se a participação ativa de todos os parceiros.

Os CNT serão outra filosofia inerente à Enfermagem Pediátrica em que, segundo Hockenberry e Barrera (2014), os três princípios essenciais são “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (p. 12). Como refere Hockenberry e Barrera (2014), os CNT são utilizados para eliminar ou minimizar o desconforto psicológico ou físico da criança e seus familiares, em cuidados de saúde. O enfermeiro deve ter em atenção onde, quem, porquê e como se realiza cada procedimento, para perceber a melhor forma de prevenir ou minimizar o *stress* (Wong, citado por Hockenberry e Barrera, 2014). O seu objetivo principal é não causar dano e não provocar *stress* pós-traumático. Os CNT deverão estar presentes na escolha das nossas intervenções e a sua aplicação é essencial em qualquer fase dos cuidados de saúde (prevenção, tratamento, reabilitação/palição), em qualquer contexto (hospital, centro de saúde, comunidade) e em qualquer dimensão (psicológica, física, social, cultural, espiritual).

A qualidade dos cuidados tem inerente a existência de um quadro de referência que sustente o exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). O modelo teórico utilizado para sustentar o meu percurso, neste trabalho, foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, visto que o complexo processo de desenvolvimento da criança pressupõe transições absolutamente necessárias, com impacto na saúde de toda a unidade familiar, que são compreendidas através desta teoria. Afaf Meleis (2010) traçou a sua teoria sobre o conceito de transição, que a definiu como a passagem de um estado relativamente estável, para outro também relativamente estável, desencadeado por um processo de mudança. Deste modo, podem ser englobados quase todos os acontecimentos de vida do ser humano, porém esta definiu quatro tipos de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000): de desenvolvimento (referidas como mudanças espectáveis que ocorrem em determinado momento, respeitando o ciclo de vida esperado), situacional (acontecimentos que induzem mudanças esperadas ou inesperadas nas relações pessoais, nos papéis e nos estatutos, no ambiente, nas capacidades físicas

e mentais, muitas vezes ocorrendo independentemente do tempo ou dos estádios de desenvolvimento familiar e afetando o seu equilíbrio), de saúde-doença (associadas a eventos de saúde/doença que alteram, de forma repentina ou gradual, papéis e bem-estar, para um estado de doença aguda ou crônica) e organizacional (mudanças no ambiente organizacional que influenciam a vida dos profissionais e dos seus clientes, podendo ser precipitadas por mudanças sociais, políticas, económicas ou na estrutura organizacional).

Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), o ser humano encontra-se em constante interação com o meio envolvente, tendo a capacidade de se adaptar às suas alterações. Frequentemente, estas alterações fogem ao seu controlo e, no culminar dessa transição, o indivíduo adquire um período de menor perturbação ou maior estabilidade pelo amadurecimento e transformação ocorrida. Assim sendo, as transições são essencialmente positivas. No entanto, pela instabilidade inerente à transição, o indivíduo experencia ou poderá experenciar um desequilíbrio que o colocará em risco na satisfação das suas necessidades, na capacidade de cuidar dos que lhe são próximos ou ainda, apresentar na sensação de perda de controlo (Meleis & Trangenstein, 2010) sendo que, no contexto em estudo, poderá levar ao comprometimento do desenvolvimento infantil, originando a perda de capacidades ou a sua estagnação na CNES.

Em relação aos padrões da transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000), o modelo revela que a pessoa poderá experenciar uma única transição ou múltiplas e que, segundo o grau de sobreposição, estas poderão ser simultâneas ou sequenciais e, segundo o grau de relação, poderão ser relacionadas (quando uma transformação leva forçosamente a outra, noutra domínio da vida) ou não relacionadas (quando não existe ligação entre ambas). As transições incluem ainda cinco propriedades (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000): consciência (compreensão e reconhecimento da experiência de transição), envolvimento (nível de responsabilização que a pessoa apresenta na e para a transição), mudança (transformação nos conhecimentos e capacidades pré-existentes, espelhando-se no sentir-se diferente), dinamismo temporal (as transições são descritas por fluxos e movimentos ao longo do tempo, em que o tempo que será necessário para retomar a estabilidade é desconhecido, dependendo da natureza da transição e da sua influência na vida do indivíduo) e pontos críticos (pontos de

viragem que influenciam a evolução das transições, estando descritos como um aumento da consciencialização da mudança e da vontade em lidar com a mesma).

Para este percurso formativo, as transições do desenvolvimento e as transições de saúde-doença são de particular interesse, na medida em que o comprometimento do desenvolvimento infantil nas CNES poderá existir, sendo condicionado pela existência de hospitalizações frequentes e prolongadas, e pela limitação da utilização do brincar, que poderá ser pouco valorizado. Assim, é pertinente a abordagem desta teoria neste relatório, visto que permite uma compreensão de uma problemática existente na prática de cuidados, evidenciando que a enfermagem deverá ser uma ciência inquieta e dirigida para o entendimento e conhecimento da forma como a criança/família percebe os desafios que estas transições lhes conferem e as mudanças que estas acarretam na sua saúde/vida. A criança e sua família terão de lidar com o impacto que o diagnóstico e/ou vivência de uma doença crónica acarreta, pela transição saúde-doença. Simultaneamente, a criança passará a transição desenvolvimental, da infância para a adolescência, em que poderá se sentir limitada na sua função física e psíquica, intrinsecamente relacionada com a sua vivência da doença. Além das duas transições referidas anteriormente, também julgo ser importante referir a transição situacional, visto que a hospitalização poderá levar a uma reorganização, pela ausência da criança no seu seio familiar, bem como a ausência do seu cuidador informal, levando a um desequilíbrio da dinâmica familiar com alteração de papéis.

Neste processo de transições simultâneas, relacionadas ou não, será difícil prever o tempo de mudança existente, algo também abordado na Teoria de Meleis, visto que as transições não têm limites temporais, variando de pessoa para pessoa. Deste modo, foram reconhecidos indicadores, de processo e de resultado, que auxiliam a verificar se a transição se encaminha para a saúde e bem-estar ou se, por outro lado, se encaminha no sentido do risco e vulnerabilidade. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2010), os indicadores de processo definem-se em quatro níveis: sentir-se ligado (descreve a importância das relações e a sua utilidade na prevenção do isolamento social); interação (evidencia o clima de entreajuda, colaboração e compreensão como indicador de uma transição saudável); sentir-se situado (apresenta um conhecimento profundo do seu contexto, contudo tem a necessidade de enfrentar novos desafios, não estando tão intensamente ligado ao seu passado); e desenvolvimento da confiança e do *coping*

(utiliza recursos e estratégias para lidar com os problemas, manifestando segurança e resolução face à transição). Como indicadores de resultados, Schumacher e Meleis (2010), revelam a mestria (conquista de novas competências que possibilitam superar a transição) e a reformulação de identidades (integração da experiência).

Neste contexto, o enfermeiro que cuida de CNES tem de ter em conta todas as suas especificidades e é-lhe “exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem da forma mais positiva possível” (OE, 2010, p. 94). Segundo os mesmos autores, nos primeiros meses de vida ou nos primeiros anos, as CNES poderão apresentar uma capacidade de resposta mais reduzida e interações menos satisfatórias com os pais. Neste sentido, os pais focalizam-se nas limitações dos seus filhos, não observando e valorizando as suas potencialidades (Bryant, 2014). Estas famílias têm de ser ajudadas, para assumirem uma postura proactiva, sendo essencial reforçar as competências adquiridas e as suas qualidades, como refere a OE (2010, p. 94) “estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas que, muitas vezes, se erguem perante as limitações”. Como enfermeiros temos um papel fundamental como facilitadores de informação e impulsionadores de mudanças nestas famílias, proporcionando o desenvolvimento de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil. Estas referências vão ao encontro dos indicadores de uma transição saudável direccionada para o bem-estar físico e emocional, abordados por Schumacher & Meleis (2010), que poderão ser avaliados quando os sentimentos negativos (pelas limitações originadas pela doença crónica e/ou hospitalização) se modificam para uma sensação de bem-estar, pela aquisição de uma nova função do ponto de vista do desenvolvimento, pelo bem-estar nas relações familiares e pessoais, ou pela proximidade ou ampliação de redes sociais e suporte social.

Em suma e, em concordância com Meleis & Trangenstein (2010), a compreensão e utilização deste modelo teórico, com a promoção do cuidado transicional, fomenta uma prática de enfermagem holística, em que o enfermeiro é desafiado a perceber o processo de transição, tendo em conta a sua natureza, características e todas as transições existentes na pessoa e família, em vez de se focar apenas num só tipo de transição. Além disso, o enfermeiro deverá identificar os indicadores de processo e de resultado para desenvolver e implementar intervenções adequadas que promovam a estabilidade e sensação de bem-estar necessária.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Como já foi referido anteriormente, as CNES poderão ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento. O serviço onde desempenho funções assiste, de uma forma geral, crianças com doença crónica e com necessidades especiais de saúde, submetidas a internamentos prolongados que colocam em risco o seu potencial de desenvolvimento. Tal situação é agravada pela inexistência de uma sala de atividades e de brinquedos adaptados, tal como a falta de uma Educadora de Infância, de forma exclusiva, para estimular e brincar com as CNES. Deste modo, ambicionei desenvolver o meu percurso formativo, enquanto futura EEESIP e mestre, delineando um projeto para alterar esta realidade e fornecer às CNES um mundo de brincadeira, para estas crescerem e se desenvolverem de forma mais harmoniosa e feliz.

O brincar é essencial na vida da criança e os enfermeiros devem intervir nesta área, como promotores do brincar para um desenvolvimento infantil saudável (Ramos, Vaz, Maximino, Dias e Dias, 2012). O brincar permite desvendar e descobrir os limites do seu corpo, a manipulação de objetos/brinquedos ensina-lhe as suas características e funcionalidades, desenvolve um saber-fazer e saber-ser, treinando-a para a realidade. A criança, brincando, possui um sentimento de controlo sobre o ambiente e as suas ações, sendo também uma atividade propícia para a imaginação, fantasia, desenvolvendo o seu pensamento criativo (Ferland, 2006). O mesmo autor refere ainda que, a criança ao brincar desenvolve competências sensoriais, motoras, cognitivas, afetivas e sociais, e progride nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. Ao brincar podemos observar

a sua habilidade gradual para adaptar a sua forma de segurar os objetos (...), de se deslocar cada vez com maior eficácia, para compreender o funcionamento dos objetos e para os utilizar com crescente engenho, para socializar com os companheiros e imaginar cenários, (...) o desenvolvimento da sua curiosidade, do seu sentido de humor, do seu desejo de experimentar, de tomar iniciativas, da sua capacidade para reagir às dificuldades e ao insucesso (Ferland, 2006, p.52).

Deste modo, observando a brincadeira e, conseqüentemente, a evolução nas habilidades e competências conquistadas pela criança, é possível a avaliação e a deteção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento infantil, que deverão ser o foco de atenção de todos os enfermeiros, e em parceria com a família delinear

intervenções, para que esta fique dotada de competências para desenvolver todo o potencial do seu filho (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). Assim, é possível recorrer ao brincar na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que esta é a principal atividade da criança. Os pais deverão ser envolvidos e estimulados a brincar com o seu filho, visto que potencia a vinculação e o seu desenvolvimento (Ferland, 2006), isto é, ajudar a criança, em parceria com a família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a idade, tendo em conta a sua circunstância de vida e respeitando o seu ritmo (Bellman et al, 1996, citados por OE, 2010).

Como refere a OE (2010), brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança, pelo que esta deve ser envolvida por brinquedos, dos mais simples aos mais complexos, que irão favorecer a descoberta do mundo, pela sua curiosidade natural, dominando novas experiências e conhecimento (OE, 2010). Neste sentido, é necessário organizar as atividades lúdicas, tendo em conta a fase de crescimento e os interesses da criança, fornecendo-lhe todas as condições para brincar, nomeadamente com brinquedos adequados, de forma a derrubar as barreiras inerentes à sua condição de saúde.

Na medida em que o desenvolvimento da criança pode ser influenciado pela qualidade dos serviços de saúde prestados à criança e família (Brazelton & Greenspan, 2002), a intervenção do enfermeiro torna-se essencial, como foco de atenção no seu exercício profissional (Regulamento n.º 422/2018, 2018). O enfermeiro, em parceria com a criança e família, deverá criar um ambiente propício ao seu desenvolvimento, transmitindo conhecimentos e treino para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante. Os pais deverão estar cientes da importância do brincar, de quais os brinquedos e brincadeiras a utilizar, e da necessidade de serem supervisionados nessas atividades para melhorarem o seu desempenho. Adicionalmente, os enfermeiros também deverão desenvolver competências para ajudar os pais neste processo, aplicando as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que institui a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, com igualdade de oportunidades, e reforça a importância dos cuidados antecipatórios, dando aos pais os conhecimentos necessários para a maximização do potencial de saúde do seu filho (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

3. METODOLOGIA

A metodologia significa um conjunto de procedimentos e práticas que nos facultam antecipar, direcionar e preparar o percurso a realizar ao longo da execução de um projeto de aprendizagem, para estudar, compreender e solucionar determinado problema (Carmo & Ferreira, 2015).

Neste relatório, a metodologia utilizada tem como intenção a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prática de cuidados de enfermagem à criança e sua família, percorrendo os estádios de aquisição de competências (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) relatados por Benner (2001). Deste modo, é imprescindível um caminho de aprendizagem, permanente e consistente, interligando a prática com o fruto dos conhecimentos obtidos na literatura, que é um meio essencial para a prática baseada na evidência. Na realização deste relatório, a metodologia utilizada é fundamentada numa pesquisa para a resolução de um problema identificado na prestação de cuidados, com o intuito de desenvolver estratégias e atividades possivelmente eficazes para a sua erradicação.

Além da metodologia utilizada, que é essencial, as experiências de aprendizagem adquiridas nos diferentes locais de estágio também são de extrema importância. Deste modo, a sua seleção foi intencional de forma a corresponder e alcançar os meus objetivos de aprendizagem. Assim, os locais de estágios escolhidos foram os seguintes: os Cuidados de Saúde Primários (CSP), um Centro de Reabilitação (CR); um Serviço de Internamento de Reabilitação Pediátrico (SIRP); um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP); uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátricos (UCINP); e por fim um Serviço de Internamento Pediátrico (SIP). A sua seleção e duração foram baseadas na necessidade de desenvolver competências para dar resposta à dimensão do exercício profissional do EEESIP, nos diferentes contextos da prática, e também conceder uma união harmoniosa com a problemática em estudo. A sequência dos serviços foi pensada num grau crescente de complexidade e especificidade de cuidados, o que me permitiu um percurso evolutivo de aprendizagens, facilitado pelo que foi adquirido nos estágios anteriores. Para demonstrar o percurso experiencial realizei um cronograma (Apêndice I), que revela os locais de estágio e a sua cronologia.

Tendo em conta a perspectiva de Kolb (1984), o homem é um ser integrado no seu meio natural e cultural, capaz de aprender a partir de sua experiência (aprendizagem experiencial) e, através da reflexão consciente, desenvolver as suas competências. Este acrescenta que uma pessoa aprende motivada pelos seus interesses e empenha-se deliberadamente na obtenção de aprendizagens que lhe façam sentido. A aprendizagem experiencial é possível através da realização de estágios onde pretendi estabelecer relações entre a teoria e a prática, promovendo o meu desenvolvimento profissional. Também Alarcão e Tavares (2003), reconhecem a importância da reflexão sobre as experiências, interações e pessoas, sendo uma reflexão na e sobre a prática como fonte de conhecimento.

Durante a realização dos estágios, a prática reflexiva e a aprendizagem experiencial estiveram na base da metodologia orientadora e também, numa prática baseada na evidência científica, com a produção de instrumentos de análise crítica efetuados em cada local de estágio.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

A elaboração deste relatório de estágio surge no culminar de um percurso de dezoito semanas de aprendizagens pessoais e profissionais, respeitando a metodologia de projeto, e pretendendo o desenvolvimento de competências na tomada de decisão, melhoria da qualidade dos cuidados e na gestão, para uma prestação de cuidados especializados à criança/ao jovem e família, em diferentes contextos de vida. Para atingir a meta proposta, foram definidos como objetivos gerais de estágio:

1. Desenvolver competências de EEESIP para prestar cuidados especializados às crianças, jovens (diferentes etapas de desenvolvimento) e família, nos diferentes contextos da prática;

2. Desenvolver competências de EEESIP na promoção do desenvolvimento da CNES, recorrendo ao brincar.

Para potencializar a experiência de estágio, foi realizado um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II) para cada contexto. Procurou-se realizar um breve enquadramento teórico, descrever os objetivos, gerais e específicos para dar resposta naquele contexto, e planear as respetivas atividades, com o intuito de desenvolver e adquirir competências do EEESIP preconizadas pela OE (Regulamento Nº 422/2018, 2018). A elaboração deste Guia Orientador, permitiu não só organizar a experiência e as atividades a desenvolver, como também dar a conhecer aos enfermeiros orientadores os objetivos propostos para o estágio e permitir a discussão e o ajuste necessário ao contexto real.

Assim, e com recurso à metodologia referida previamente, será retratado neste capítulo a análise das atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas com menção às competências comuns de EE e específicas de EEESIP alcançadas. Esta análise será apresentada cronologicamente e por local de estágio, porque considero que, desta forma, se torna mais claro o meu progresso nas aprendizagens, treino de habilidades e técnicas, assim como nas dificuldades sentidas e superadas, aspirando a aquisição de competências de EEESIP.

4.1 Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são o pilar do Serviço Nacional de Saúde na promoção da saúde e na prevenção da doença da população (Decreto-Lei 118/2014, 2014). A avaliação do

crescimento e desenvolvimento da criança e jovem é efetuado através dos CSP, que têm como objetivos a vigilância da sua saúde, permitindo a deteção precoce de quaisquer perturbações e da implicação que estas poderão ter na qualidade de vida, no sucesso educacional e na integração social da criança (DGS, 2013), pelo que o EEESIP tem um papel preponderante no seu acompanhamento. Assim, o desenvolvimento de competências na avaliação e na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança foi um dos objetivos delineados para este estágio, considerando o brincar como atividade e estratégia fundamental.

O estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e decorreu entre 25 de setembro a 8 de outubro de 2017. A USF constitui um modelo de organização dos CSP que permite uma maior acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados prestados, que se organiza por médico e enfermeiro de família. O enfermeiro de família assiste os seus clientes em todas as valências da USF. Deste modo, “o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que [...] assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei 118/2014, 2014, p. 4070). A família é o alvo dos cuidados de enfermagem, mostrando como o enfermeiro tem um papel importante na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, assim como pelo seu reconhecimento na gestão dos cuidados de enfermagem centrados na família, potencializando a saúde da pessoa no contexto familiar.

Na Consulta de Saúde Infantil (CSI), o enfermeiro promove a saúde da criança e do jovem sustentado nas orientações antecipatórias recomendadas pelo PNSIJ. A calendarização destas consultas é executada de forma a corresponder, sempre que possível, às idades-chave aconselhadas pelo PNSIJ com o esquema de vacinação preconizado no Plano Nacional de Vacinação. Este fato impõe por parte dos enfermeiros uma maior atenção e organização para permitir uma redução do número de deslocações aos serviços de saúde, tal como preconiza o PNSIJ (DGS, 2013). O EEESIP tem como área de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018), pelo que procurei a possibilidade de treinar esta competência neste contexto, aplicando a escala de avaliação de competências no desenvolvimento infantil The Schedule of Growing Skills II e a escala de avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan modificada, com a supervisão da enfermeira orientadora, realizando,

posteriormente, reforços positivos nas etapas de desenvolvimento conquistadas pela criança e reforçando estratégias, de acordo com as necessidades encontradas, com a família, de forma a potencializar o desenvolvimento do seu filho.

Segundo a OE (2010, p. 72), “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização”. A OE (2010) fez a análise de vários instrumentos de avaliação do desenvolvimento, de entre os quais se destaca “The Schedule of Growing Skills II” e a “Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan”, classificando-os como instrumentos de aplicação rápida, precisos e fiáveis.

Deste modo, a utilização destes instrumentos demonstrou-se bastante útil, para a aquisição de competências na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, sustentando a intervenção de forma a maximizar o potencial da criança, e ainda permitiu a aquisição de competências em estratégias de comunicação. Para a aplicação destes instrumentos de avaliação não só são necessários conhecimentos para a sua utilização correta, mas também o domínio de algumas estratégias de comunicação tanto com a criança, como com a sua família, de forma a serem obtidas informações fiáveis.

Durante este estágio, foi possível a aplicação destes instrumentos e treinar estas estratégias de comunicação, percebendo como refere Barros (2003) que “é necessário aprofundar e generalizar a aplicação de práticas de saúde que reconheçam e valorizem a subjectividade e riqueza das experiências da criança enquanto sujeito activo do seu próprio desenvolvimento. As significações da criança, sobre o mundo, sobre si própria e sobre a saúde e a doença, são facilmente acessíveis aos adultos que sabem ouvir e entender a linguagem infantil” (p. 192).

Esta USF já tinha disponível um folheto sobre os estímulos e as brincadeiras a utilizar na promoção do desenvolvimento da criança por faixa etária. No entanto, não fazia menção à realidade da CNES, pelo que, como atividade de estágio, foi construído um folheto (Apêndice III), que incluía os estímulos e brinquedos a utilizar, de forma segura, em cada etapa de desenvolvimento, abordando a sua importância na CNES. Tive a possibilidade de acompanhar duas CNES em CSI, com diagnósticos de Síndrome de West e Perturbação do Espectro do Autismo, ambas com 3 anos. Após a avaliação do desenvolvimento destas crianças, foram

posteriormente dadas orientações relacionadas com as necessidades identificadas e entregue o folheto referido anteriormente, analisando-o em conjunto com a família para otimizar o seu desenvolvimento. Posso referir que a sua realização permitiu sistematizar a informação em relação a esta temática e abordar a sua importância, mas também é um recurso interessante para consulta posterior, em caso de dúvida.

Estas duas CNES estão a ser acompanhadas em consulta de desenvolvimento no seu Hospital de referência mas também estão integradas no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), com o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar (educadora de ensino especial, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional). Outra atividade planeada para este local de estágio, seria o acompanhamento de uma CNES na comunidade. Pelo que me fez todo o sentido visitar o jardim-de-infância que um destes meninos frequenta. Infelizmente, não foi possível coincidir a minha visita com os profissionais (integrados no SNIPI) que a acompanham no jardim-de-infância. Nesse dia foi realizada uma aula de ginástica, onde consegui observar a relação existente entre a criança e os restantes colegas, que por vezes se tornava penosa para esta, quando era exigido muito contacto físico. No entanto, foi notável a forma como todos os seus colegas a estimulavam e ajudavam a executar as tarefas, existindo sempre uma postura inclusiva. Algumas das estratégias utilizadas pela equipa de intervenção para facilitar a comunicação e inclusão destas crianças foram: a utilização de estratégias de comunicação aumentativa, como cartões com pictogramas dispostos em toda a sala; atribuição de tarefas a todas as crianças, incluindo a CNES, que estava encarregue de distribuir o lanche a todos os seus colegas; a organização da sala, com brinquedos fáceis de encontrar; e atividades/brincadeiras acessíveis a todas as crianças.

Ao longo deste dia foi interessante analisar o comportamento desta criança e perceber como o ambiente conhecido, protegido e seguro fez com que fosse visualizado o seu real potencial de desenvolvimento. Algumas competências que não foram desempenhadas em CSI, no momento de aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento, foram demonstradas na aula de ginástica, como por exemplo a nomeação de partes do corpo. Podemos assim afirmar que, a avaliação do desenvolvimento da criança deve ser efetuada de forma sensata e criteriosa, preferencialmente no seu ambiente, visto que, por vezes, podemos não estar a assistir ao real potencial, levando a diagnósticos errados e criando situações de

grande ansiedade aos pais. Além disso, este facto demonstra como é importante a avaliação continuada do desenvolvimento e não a sua avaliação de forma isolada. Como refere a OE (2010, p. 75), todas “as crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos (...) cada criança é única e tem o seu próprio ritmo”.

Segundo Castelo e Fernandes (2009), a avaliação do desenvolvimento deverá ser feita de forma contínua e com instrumentos próprios. Opinião corroborada por Maia, Fernandes, Leite, Santos e Pereira (2016), quando afirmam que tem pouco valor realizar a avaliação do desenvolvimento de forma isolada, pelo facto da sua natureza ser por si só sequencial. Logo se for executada de forma contínua, a sensibilidade e especificidade para detetar alterações aumentará. Estudos revelam que menos de 30% das crianças com alterações do desenvolvimento são detetadas, se a avaliação for feita de forma isolada (DGS, 2013).

O desenvolvimento é um processo complexo e dinâmico, em que todas as áreas de desenvolvimento se influenciam:

as várias aquisições fazem-se de acordo com a maturação orgânica e exigências exteriores, em sinergia e continuidade. Cada aquisição é fundamental para o desenvolvimento da seguinte, não só porque constitui o seu substrato, mas também porque funciona como fonte de estímulo para novas aprendizagens. (Alegria, Estrada & Vale, 2008, p. 123).

A identificação dos sinais de alarme em crianças, com ou sem fatores de risco conhecidos, auxilia no diagnóstico e conseqüentemente a intervenção precoce nas alterações (Castelo & Fernandes, 2009) no sentido de as minimizar e maximizar o seu potencial desenvolvimento

uma avaliação do desenvolvimento mais completa e especializada e iniciar intervenção o mais precocemente possível, tentando aproveitar a plasticidade cerebral para recuperar algumas competências e para evitar o acumular de dificuldades (Pinto, 2009, p. 677).

Willrich, Azevedo e Fernandes (2009) afirmam que nos primeiros anos de vida, a plasticidade cerebral é maior, o que leva a uma melhoria na aquisição de competências, em crianças com estimulação e intervenção precoce. Tornou-se então claro que o EEESIP tem um papel fundamental na deteção de alterações no desenvolvimento da criança, tendo-a como parceiro, assim como a sua família, de forma a planear em conjunto as intervenções necessárias. Foram também transmitidas orientações antecipatórias às famílias, para a maximização do potencial do seu filho, mobilizando o modelo sistemático de suporte ao desenvolvimento

infantil de Brazelton, que se destaca pela promoção do mesmo através de cuidados antecipatórios e da construção de relações de parceria com os pais, em determinadas idades-chave, denominadas de *Touchpoints* (Brazelton, 2013). A definição dos *Touchpoints* permite o mapeamento das características do desenvolvimento infantil, que poderá ser identificado e antecipado pelos pais e profissionais, detendo o conhecimento de cuidados para lidar com os mesmos, reduzindo as repercussões negativas que poderão exercer na vida familiar (Brazelton, 2009). Posso referir como exemplo, perturbações no padrão de sono da criança, por aquisição da competência da marcha. Com a abordagem destes cuidados antecipatórios, a confiança entre enfermeiro e família fica reforçada, o que irá auxiliar na melhoria do desenvolvimento da criança. Torna-se claro que o EEESIP “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento Nº 422/2018, 2018, p. 19193), tendo sido evidente neste estágio e algo que se procurou desenvolver.

Para operacionalizar a competência “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem” procurou-se desenvolver em CSI, não só através da avaliação e deteção precoce de risco ou alterações de desenvolvimento, mas também através das orientações antecipatórias. As atividades desenvolvidas sustentam-se nas orientações do PNSIJ, tais como avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança; promoção de atitudes e comportamentos saudáveis, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis; apoio e estímulo da família no seu papel parental, facultando informação para possibilitar novas aprendizagens e novas capacidades, tendo em conta as necessidades sentidas, e, não menos importante, o registo em sistema informático e no Boletim de Saúde Infantil de todas as ações realizadas.

Neste estágio foi possível observar algumas limitações na aplicação do método de enfermeiro de família. Só existe uma EEESIP, pelo que significa que só um grupo restrito de famílias e crianças e/ou jovens são acompanhados por uma EE na área da saúde infantil. Outro facto constatado, é que o número de crianças é variável por cada enfermeiro, visto que um enfermeiro pode apresentar um número elevado, comparativamente a outro, o que pode condicionar o tempo de realização de CSI, pela maior afluência. Também, foi importante analisar como o sistema informático em vigor orienta o enfermeiro na condução da consulta e na prestação

de cuidados. O programa informático utilizado é o MedicineOne® e tem presente as curvas de crescimento, um instrumento de avaliação de desenvolvimento (Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada) e as orientações a realizar em cada faixa etária. Além do referido anteriormente, apresenta o processo clínico completo, com os registos médicos e de enfermagem, acessíveis a todos os profissionais. Apesar deste programa informático ser bastante completo, não personaliza o cuidado, algo que só o enfermeiro consegue e deve fazer.

Outro aspeto importante a referir é que a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan contempla o recurso a brinquedos na realização de atividades promotoras do desenvolvimento, o que comprova a pertinência desta temática como atividade basilar do desenvolvimento infantil (OE, 2010). A brincadeira, os brinquedos, o jogo e as múltiplas linguagens são instrumentos que fazem com que a criança explore o mundo e que seja também influenciada por ele.

Outra atividade que tinha proposto, na realização do Guia Orientador de Estágio, seria a construção de um *kit* com material necessário para avaliação do desenvolvimento infantil através da Escala Mary Sheridan. No entanto, a USF já era detentora de todo o material necessário. Foi sugerido pela enfermeira orientadora a realização de um folheto sobre ostomias (Apêndice IV), por existir uma família que se encontrava a ser acompanhada em CSI, mas que apresentava algumas dúvidas no cuidado ao seu filho com colostomia e na manipulação de material. Apesar de a realização deste folheto não estar relacionado com a temática de estudo proposta, fez-me sentido a sua realização, visto que o EEESIP “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19193). Além disso, o EEESIP “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19193), pelo que a abordagem sobre os cuidados a ter na criança com uma colostomia e manipulação dos materiais necessários, seria algo que estes pais sentiam dificuldade, sendo a nossa intervenção essencial para a adaptação desta família a esta nova condição.

A vacinação é um dos procedimentos mais frequentes e penosos para a criança. A preparação da criança e família para este procedimento, encontrando estratégias para minimizar a sua dor, indo ao encontro da filosofia dos CNT, foi algo sempre praticado durante as CSI e durante a Vacinação, igualmente como o

incentivo à adesão do PNV, explicando a sua importância e os riscos associados à sua não adesão. De acordo com Batalha, Carreira & Correia (2011) procedimentos que envolvem dor no cuidado pediátrico são frequentes, pelo que se a dor não for prevenida, procedimentos futuros irão induzir medos e angústias na criança. Os mesmos autores acrescentam ainda que a brincadeira e o jogo também são estratégias úteis para prevenção da dor. Deste modo, o brincar foi uma das estratégias utilizadas, entre outras como a amamentação nos bebés ou a explicação do procedimento nas crianças mais velhas, pedindo a sua colaboração, se adequado e possível, sendo que o que é aconselhado pela OE (2013) é a explicação e demonstração do procedimento em crianças a partir dos 7 anos e o discurso verbal deve ser adequado ao seu desenvolvimento cognitivo. A avaliação e controlo da dor na criança devem ser orientados pelo envolvimento da criança e dos pais nos procedimentos, o enfermeiro deve perceber qual a sua história de dor, escolher instrumentos de avaliação de dor adequados e avaliar sistematicamente, sempre com uma análise preventiva e de bem-estar (OE, 2013). O EEESIP “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19193), tendo sido algo que fui desenvolvendo ao longo deste estágio. Além disso, o EEESIP “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19193), algo que mereceu a minha especial atenção, sendo evidente sempre que, por exemplo, preparei o jovem para o procedimento explicando o que iria ser realizado, ou quando o bebé foi colocado à mama antes de ser vacinado, ou quando se utilizou as bolas de sabão como método de distração

Diogo (2012) descreve como a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, caracterizado pela existência de “elementos e mensagens humanas-afectivas nas interações e também os aspectos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem” (p. 116), torna a experiência mais positiva em relação aos cuidados de saúde prestados. Durante este estágio o acolhimento da criança e família foi sempre feito de forma afetuosa e foi perceptível a relação de confiança entre estes e o enfermeiro em algumas interações. Destaca-se o método de enfermeiro de família como grandemente responsável por esta relação de confiança, visto que será sempre o mesmo enfermeiro a acompanhar aquela família. A DGS

(2014) salienta a importância deste método e menciona que a relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e cliente, irá propiciar a continuidade do cuidado personalizado, sendo o enfermeiro um dos principais gestores da sua situação de saúde.

Um ambiente físico humanizado é fundamental, sobretudo no acolhimento à criança e família. Nesta USF, a sala de espera estava munida de brinquedos e televisão e a sala de enfermagem, da consulta de saúde infantil e juvenil, apresentava paredes com bonecos, tornando um ambiente mais acolhedor e propício à relação e comunicação através do brincar. Como após a consulta de enfermagem havia a consulta médica, muitas vezes estas crianças levavam os brinquedos, com conhecimento e incentivo dos enfermeiros, para a consulta médica, tornando o ambiente físico pouco humanizado, num ambiente potencialmente mais alegre e vivo.

4.2 Centro de Reabilitação

O CR alberga crianças e jovens com necessidades especiais de saúde, tendo como principal missão prevenir, desenvolver, habilitar, reabilitar e incluir na comunidade, através de uma equipa pluridisciplinar, promovendo a qualidade de vida destas famílias (Nunes, 2017). Este estágio teve a duração de cinco semanas, desde 9 de outubro a 10 de novembro de 2017.

De acordo com Busse, Blümel, Scheller-kreinsen, e Zentner (2010) a criança com doença crónica requer uma intervenção, num prazo longo de tempo, implicando a vigilância e avaliação por parte de diversos profissionais, carecendo de medicamentos, equipamentos e apoios variados. McElfresh & Merck (2014) afirmam que CNES apresentam um maior risco de manifestarem alterações no desenvolvimento em diferentes dimensões. A doença crónica pode manifestar-se em qualquer pessoa, em qualquer fase do seu ciclo vital, porém na criança a sua ocorrência pode ser avassaladora (Sanders, 2014). Para Meleis (2010) a intervenção do enfermeiro é essencial como facilitador nos processos de transição e em situações de saúde-doença. O enfermeiro deve assumir uma atitude preventiva ou terapêutica, impondo-se-lhe conhecimentos e experiência que promovam e realcem a dinâmica das inter-relações e o desenvolvimento de papéis envolvidos. Assim, o enfermeiro destaca-se como o elo de ligação e mediação entre criança, jovens, famílias e restantes profissionais, integrando as filosofias dos CCF e os CNT,

otimizando o plano terapêutico formulado para criança e em conjunto com a mesma e sua família. No CR foi possível observar a dinâmica da equipa multidisciplinar de parceria e trabalho em equipa, sendo o desempenho da EE uma inspiração para mim como futura EEESIP. Idealmente, as consultas de cada criança são agendadas para o mesmo dia, para os diversos profissionais. Destaco como vantagens o fato de se consumir menos tempo e recursos, mas também a possibilidade de os profissionais unirem esforços e debaterem estratégias dirigidas e personalizadas. O processo de enfermagem é traçado com a família e os objetivos são estruturados conjuntamente, demonstrando o compromisso existente entre todos os intervenientes para uma avaliação posterior com melhores resultados.

Apresento como exemplo uma visita domiciliária a uma criança e família com dificuldades no cuidado e manipulação de uma gastrostomia, de forma a capacitar a mãe para os cuidados inerentes. A mãe participou ativamente, expondo as suas dificuldades, sendo abordadas estratégias para ultrapassar os constrangimentos sentidos, marcando-se, posteriormente, nova visita para nova avaliação de necessidades. Foi notória a filosofia dos CCF, sendo reconhecida a individualidade e potencialidade da família, desenvolvendo atividades que promovam a segurança nos serviços de saúde (ajudando nas dificuldades e enaltecendo as conquistas) numa prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento. Viera e Lima (2002) referem que o reajuste da família em situação de doença crónica irá resultar, não só da complexidade e gravidade da doença, mas também da fase em que se encontra e dos meios que possui para colmatar as suas necessidades e reconquistar harmonia. Deste modo, em situação de saúde complexa houve a promoção da adaptação da criança/da família à sua condição particular de doença crónica com incapacidades, facilitando a transição de saúde-doença.

Este foi um dos exemplos, representativo dos observados diariamente em estágio, nos quais também fiz parte, em que os indicadores de processo foram identificados, sugerindo progressão nas transições de saúde-doença. Torna-se evidente como a unidade de competência foi treinada ao longo deste estágio, através da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade e onde também foi promovida a sua adaptação à doença crónica e à sua deficiência/incapacidade. A forma como estas famílias se sentiam ligadas ao CR e interagem com os profissionais, mas também a relação existente

entre famílias, foi uma das estratégias observadas para lidar com as dificuldades sentidas. Estas famílias apoiavam-se no conhecimento e experiências manifestados pelos diversos profissionais, mas também na experiência de outras famílias que frequentavam o CR, levando a um aumento de confiança e ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, manifestando segurança face à transição vivenciada.

Destaco, também, a competência comunicacional de toda a equipa que abordava e cuidava destas famílias ajustando o seu discurso ao estágio de desenvolvimento da criança, à situação e à família, tendo em conta a sua cultura e o seu grau de literacia. Em todas as consultas eram questionadas e abordadas as preocupações da criança, do jovem e da família relativas aos processos de transição que atravessavam, mas também eram introduzidos, quando possível, de forma antecipatória, não só os cuidados relacionados com o diagnóstico de base, mas também os específicos à etapa de desenvolvimento, preparando a família para uma possível nova transição. Saliento alguns princípios que se destacaram como essenciais na comunicação com CNES e que foram observados, analisados criticamente e interiorizados neste estágio: reduzir o barulho de fundo e fontes de possíveis distração; dar tempo e aguardar que a criança responda, visto que esta poderá precisar de mais tempo para assimilar a questão e de formular resposta; ser paciente e não ter a tentação de terminar a frase pela criança; confirmar e recapitular a conversa para ambos terem a certeza que a mensagem foi recebida corretamente.

Também foi fascinante observar como o brincar era utilizado pelos diversos profissionais, que tive oportunidade de acompanhar, enfatizando, ainda mais, a pertinência desta temática na área das CNES. O brincar era utilizado como estratégia de comunicação em consulta, mas também como uma atividade promotora do desenvolvimento, sendo adaptado à criança e personalizado para o seu melhor desempenho. Confesso que, a imensidão de dispositivos com os quais nunca antes tinha contactado, fez com que me sentisse insegura pelo desconhecido, mas entusiasmada pela aprendizagem. Para enriquecer o meu conhecimento nesta área tao vasta, foi desenvolvido dois *dossiers* temáticos (Apêndice V), que ficaram para consulta posterior neste local de estágio, um com artigos vocacionados para a importância do brincar no desenvolvimento infantil e outro sobre brincadeiras e brinquedos passíveis de serem utilizados em CNES. Deste modo, recordo as competências comuns do EE, em que o EE “alicerça os processos de tomada de

decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento Nº 140/2019, 2019, p. 4749), algo que ficou tão claro neste estágio. Só um profissional bem sustentado, com a preocupação em enriquecer o seu conhecimento na sua área de atuação, poderá facilitar os processos de tomada de decisão e o esboçar as intervenções adequadas para determinada criança e família, em conjunto com as mesmas.

Assisti a várias sessões, não só com as crianças, no âmbito da sua habilitação para a comunicação com dispositivos específicos e adaptados às suas capacidades e potencialidades, mas também com as suas famílias, capacitando-as para que possam posteriormente aplicar estes dispositivos no domicílio e comunicar, mais facilmente. De entre os diversos dispositivos utilizados nesta unidade, destacam-se os quadros de comunicação baseados em sistemas de símbolos pictográficos e também os sistemas mais sofisticados, baseados no uso de tecnologias de informação e comunicação. Foi uma experiência de intensa aprendizagem pois permitiu conhecer não só uma grande variedade de dispositivos de comunicação alternativa/aumentativa mas também o modo como eram utilizados. Dispositivos que, ao serem ativados, tocavam canções infantis, contavam histórias ou até permitiam o seu uso como jogo, tudo isto para maximizar e potencializar o desenvolvimento da CNES. Nesta unidade foi possível observar como algumas barreiras foram derrubadas, na medida em que todas crianças que não conseguiam comunicar/escrever/desenhar, passaram a fazê-lo, bastando direcionar o seu olhar ou clicar num botão com as mãos ou cabeça.

Ao encontro desta experiência posso comprovar como a filosofia de CCF e de CNT sustentava a prática, pela envolvência dos profissionais em cada situação ao derrubar barreiras físicas e psicológicas inerentes à doença crónica, pela parceria existente e pela capacitação da família e, quando possível, da criança, à sua transição saúde-doença e ao seu desenvolvimento. Também se torna evidente como este estágio me permitiu desenvolver e aprimorar as competências de EEESIP (Regulamento Nº 422/2018, 2018, p. 19192): “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, onde me foi permitido auxiliar estas famílias a encontrar estratégias para otimizar o desenvolvimento infantil. Também me foi possível trabalhar a unidade de competência (Regulamento Nº 422/2018, 2018, p. 19193): “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da

parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem", por trabalhar em conjunto com a criança e família o plano de saúde mais adequado para a situação vivenciada por ambas, mas também permitir a sua integração na comunidade, derrubando as barreiras físicas e psicológicas, abordadas anteriormente, começando pela acessibilidade (cadeiras de rodas adequadas a cada criança e situação de saúde) e pela comunicação efetiva (utilização de dispositivos de comunicação alternativa e/ou aumentativa).

4.3 Serviço de Internamento de Reabilitação Pediátrico

O SIRP, onde estagiei de 13 de Novembro a 1 de Dezembro 2017, é caracterizado por receber crianças até aos 21 anos de idade com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias. Casos de paralisia cerebral e lesões vertebro medulares são as situações que predominam entre as crianças internadas neste serviço. Estas crianças encontram-se em processo de reabilitação, pelo que este tipo de internamento se pressupõe longo e tem a atuação de múltiplos profissionais.

A hospitalização é um momento assustador e perturbador para a criança e família. Além da conexão com a situação de doença, também o serviço de internamento envolve uma experiência emocional intensa, um ambiente potencialmente inseguro, ameaçador e não familiar (Diogo, 2012). Este serviço prima por aparentar ser um ambiente acolhedor, seguro e afetuoso. Além da interação e da relação existente entre enfermeiro, criança e família, também o espaço físico tem imagens alusivas à idade pediátrica, o que o torna mais acolhedor e confortável para todas as crianças internadas. Assim como refere a literatura, os serviços de pediatria devem apresentar espaços coloridos e iluminados, visto que estimula o desenvolvimento infantil e transmitem sentimentos de segurança e tranquilização (Hockenberry & Barrera, 2014). Diogo (2012) acrescenta ainda que, o ambiente "inclui a beleza e ordem física, a calma emocional e dedicação, e as relações interpessoais harmoniosas (...) o valor terapêutico deste ambiente reparador reside no incremento da saúde, diminuição de *stress*, proteção contra influências nocivas e aumento das defesas naturais" (p. 1). Este ambiente acolhedor, seguro e afetuoso foi evidente neste serviço, o que me fez perceber o valor terapêutico induzido no processo de recuperação destas crianças. Deste modo, foi trabalhada uma das competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista:

“garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento Nº 140/2019, 2019, p. 4747), assim como as suas unidades de competência, desde criar e manter o espaço físico afetivo e acolhedor, até à segurança dos cuidados prestados a nível institucional. Foi possível trabalhá-la em cada espaço, desde o quarto, sala de educação e na sala de refeição com cada criança. Primeiro percebendo o que era importante e seguro para si e depois facultando, sempre que possível essas atividades. Tenho como exemplo o desenhar, colocar música, contar histórias e fazer pequenos teatros. Estes são alguns exemplos de como tornar o ambiente seguro pode incluir desde o aspeto físico, mas também é um local onde a criança se possa sentir bem.

Mais uma vez o brincar teve aqui um papel preponderante. O treinar desta competência ajuda no desenvolvimento cognitivo, emocional, social e motor, estando por isso envolvido no plano de reabilitação executado pela minha enfermeira orientadora. Foi importante observar e participar nos planos de reabilitação que foram instituídos ou que já estavam a ser cumpridos, assim como da sua reavaliação, em colaboração com a EE. Apresento como exemplos: participar no treino de atividades de vida diária, visando a adaptação da criança às suas limitações e a maximização da sua autonomia e qualidade de vida, avaliando a necessidade da utilização de produtos de apoio e ajudas técnicas; e a aplicação do treino motor, com exercícios passivos, e técnicas de relaxamento. Estes exemplos demonstram como foram desenvolvidas competências, nomeadamente, na assistência à criança e família na maximização da sua saúde, em situações de especial complexidade e prestando cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do seu desenvolvimento. Deste modo, foi possível contribuir positivamente para a transição saúde-doença, transição de desenvolvimento e transição situacional, contribuindo para uma maior autonomia e confiança destas crianças e família, para lidarem com as repercussões que todas estas transições acarretam, encontrando estratégias para as ultrapassar, como a utilização de ajudas técnicas, a promoção do seu autocuidado e autoestima, assim como no planeamento da alta, com a eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio e comunidade, se necessário.

Na aplicação do plano de reabilitação referido anteriormente, o brincar é constantemente utilizado, assim como alguns brinquedos presentes neste serviço, no entanto não se encontravam organizados de forma a facilitar a sua utilização, por

etapa de desenvolvimento correspondente. Para colmatar esta necessidade, foi construído um *kit* para potenciar o processo de reabilitação e para promover o brincar na promoção do desenvolvimento da CNES, denominado *kit* do brincar, e uma norma de apoio à sua utilização (Apêndice VI). Para este objetivo foi necessário envolver a criança e família nos cuidados prestados, obtendo a sua participação e motivação no seu plano de saúde; comunicar com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à sua idade e estágio de desenvolvimento; oferecer conhecimento e aprendizagem do seu plano de reabilitação para potenciar a sua independência; e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade. Com a construção deste *kit*, espero ter facilitado e ajudado a equipa de enfermagem na utilização dos brinquedos e jogos com a CNES internada, e contribuído para o desenvolvimento de outra competência do EE, construí e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento Nº 140/2019, 2019, p. 4747).

Por vezes, a criança/jovem não se encontra motivada e não percebe como a sua colaboração é essencial no seu processo de reabilitação, e o facto de poder ser um processo doloroso, influencia negativamente a sua adesão. Segundo Barros (2010), o profissional precisa de observar e compreender a criança/jovem na interação com a sua família, ouvir e questionar todos os membros da família, na medida em que o interesse, valorização e estímulo da atividade reflexiva, permite que o profissional capte a situação de uma forma mais completa e complexa. A mesma autora (2010) também refere que o profissional deve estruturar a sua comunicação a partir das ideias, expectativas e significações dos pais sobre os processos de saúde e doença, educação, prevenção e tratamento, relevantes para cada situação, de forma a facilitar ou reforçar padrões mais adaptativos sobre a transição que estarão a passar.

A doença crónica e a hospitalização exigem uma profunda adaptação da criança/jovem e família, por todas as transformações que ocorrem no seu dia-a-dia, impossibilitando-a de permanecer no seu ambiente que favorecia, inevitavelmente, o seu desenvolvimento saudável. O brincar usado intencionalmente e de forma sistemática pode potencializar a adaptação e aprendizagem da criança numa experiência positiva de hospitalização (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Mais uma vez é clara a importância que esta temática tem para todas as crianças, mas ganha ainda mais força quando associado à CNES, que têm um risco maior de

apresentar alterações no desenvolvimento e por, infelizmente, ser frequente a sua hospitalização e de forma prolongada. Espero que com a minha passagem por este SIRP tenha fomentado, ainda mais, em todos os profissionais, a utilização do brincar na sua prática diária, com a construção do *kit* do Brincar, mas também ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados às crianças/jovens e suas famílias, assim como ter contribuído para a sua reabilitação, aceitação e adaptação à sua condição de saúde.

4.4 Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP onde estagiei, de 4 a 15 de Dezembro de 2017, pertence a um Hospital do Centro Hospitalar de Lisboa e que se destina ao atendimento da criança/jovem, em situação de urgência, sendo esta estabelecida como qualquer situação clínica de aparecimento súbito, na qual se confere a presença de risco de compromisso ou falência das funções vitais (DGS, 2014). Recorrer a um serviço de urgência representa a necessidade emergente ou urgente em resolver um problema de saúde. No entanto, felizmente, as situações mais frequentes não implicam perigo de vida e estão maioritariamente relacionadas com as doenças comuns da infância e traumatismos ligeiros.

A triagem foi a primeira valência por onde passei em estágio e, talvez, a que considerei mais desafiante. Num primeiro contacto, o enfermeiro tem de compreender o motivo de vinda de forma rápida e eficaz. A destreza e competência do enfermeiro é essencial, para realizar uma avaliação adequada e rápida, estabelecendo intervenções imediatas e definindo a prioridade de observação médica, tendo em conta a gravidade da situação. Foi desta forma, que ao participar e colaborar na avaliação e triagem da criança ou jovem, foi possível desenvolver competências ao nível da tomada de decisão, do diagnóstico precoce e identificação de possíveis situações de agravamento de estado clínico rápido da criança, de forma a estabelecer prioridades. Tenho consciência que a experiência e o treino destas situações me vão permitir identificar mais facilmente e de forma mais segura a priorização adequada. O caso de um lactente é exemplificativo, vindo por febre com apenas algumas horas de evolução e sem mais nenhuma outra sintomatologia associada, mas, no entanto, à observação da EEESIP, um aparente estado geral que a colocou em alerta. Apesar de não apresentar critérios para uma alta prioridade de atendimento, por decisão da enfermeira, foi colocada pulseira com prioridade

laranja. Com esta decisão, recordei Benner (2001) e como esta refere que, as enfermeiras experientes reconhecem mudanças fisiológicas subtis, ou mesmo sinais de choque, antes de estes serem identificados nos parâmetros vitais. Tornou-se evidente como a interpretação de cada situação irá depender, não só dos conhecimentos teóricos, como também da experiência profissional, da partilha e discussão de situações entre colegas, que ajudará no futuro em novas tomadas de decisão.

Por outro lado, também me foi exigido um vasto conjunto de conhecimentos sobre diversas doenças comuns da idade pediátrica, para posteriormente implementar as respostas de enfermagem apropriadas, indo ao encontro da unidade de competência: “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19193). A avaliação da criança e jovem exige uma recolha de dados o mais completa possível, sendo necessário desenvolver capacidades comunicacionais e relacionais, no sentido de rapidamente conseguir compreender o seu motivo de vinda, distinguindo situações de maior complexidade, e desenvolver competências no âmbito da unidade de competência: “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento N° 422/2018, 2018, p. 19194). A comunicação estabelecida entre enfermeiro e família é essencial para o conhecimento dos sinais e sintomas que despoletaram a sua vinda, no entanto, por vezes, torna-se difícil a sua compreensão pela ansiedade, insegurança e medo sentidos pela família, que não os consegue controlar, deturpando por vezes o seu pensamento. Como tal, compete ao EE valorizar estes sentimentos apresentados pelos pais e tranquilizá-los, transmitindo-lhes confiança, esclarecê-los sobre o funcionamento do serviço, desmistificar medos e anseios, e manter a segurança nos cuidados. Também é importante não esquecer que este é o primeiro contacto com a criança, pelo que é fundamental aproveitar para estabelecer bases para uma relação de confiança. Como refere Fernandes (2012), este é o primeiro passo para despertar na criança e família sentimentos de confiança e empatia, influenciando positivamente a prestação de cuidados e a relação terapêutica estabelecida. É na interação que os enfermeiros poderão comunicar novas informações, esclarecer as dúvidas e apaziguar os medos; praticando um cuidado humanizado (Sanders, 2014; Diogo, 2015). Posto isto, o meu ponto de partida iniciou-se na observação da criança

e avaliação de sinais vitais, onde foram executadas algumas estratégias como: possibilitar que a avaliação fosse realizada ao colo dos pais, ou permitir que fossem os pais a colocar as pulseiras de identificação, para a manutenção do sentimento de segurança da criança, bem como a utilização de brincadeiras para ganhar a sua confiança, como, por exemplo, a utilização do termómetro, para avaliação timpânica, como telefone, ou a utilização de bolas de sabão na avaliação de tensão arterial como fator de distração, ou aproveitar os peluches que traziam como aliados no cuidado, exemplificando neles o que iria fazer, ou pedindo um desenho. Já com o cliente adolescente a atitude teria de ser diferente. O diálogo é dirigido a ele e é, o seu discurso, que nos fornece a informação necessária, contando com os pais como complemento de dados se solicitado. De igual forma, a realização de procedimentos será efetuada com a sua explicação prévia pormenorizada, possibilitando, deste modo, a sua colaboração. Estas atitudes permitem que o adolescente se sinta valorizado e facilitam a construção da relação de confiança entre enfermeiro, jovem e família.

Diogo (2012) faz referência a um estudo de Roden (2005) onde se procura “compreender as expectativas dos pais e dos enfermeiros relativamente à participação parental nos cuidados de contexto hospitalar” e que indica que “a comunicação entre os pais e enfermeiros era influenciada por vários factores, entre os quais as emoções dos pais face à doença do seu filho que conduziam a uma experiência de *stress* emocional” (p.54). A intervenção do EE pode, efetivamente, significar a diferença, tendo a responsabilidade de priorizar e encaminhar corretamente as situações clínicas, como também a de esclarecer e desmistificar medos e anseios. Apresento como exemplo uma mãe que surgiu na sala de espera, com uma criança de oito anos, que teria uma ferida na região parietal, de pequenas dimensões, por queda na escola. A criança permanecia em silêncio e aparentemente assustada com a situação, com um olhar atento para a sua mãe. Nesta situação, foi necessário tranquilizar mãe e a filha, permitir que ela ouvisse pelas palavras da sua filha que esta se encontrava bem e, além do mais, explicar que iriam ser chamadas brevemente. Também foi essencial esclarecer o circuito necessário no SUP e transmitir alguns sinais de alerta que, caso ocorressem, deveriam ser comunicados.

A capacidade comunicacional dirigida à individualidade da criança e família foi algo sempre presente nos meus cuidados e é algo que tem impacto na qualidade

dos cuidados prestados. Phaneuf (2005, p.12) revela que a comunicação é a capacidade que mais implicações tem na humanização dos cuidados, fazendo referência a Peplau e aos seus princípios, como “a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, que favorecem na pessoa cuidada a evolução e a capacidade de tomada a cargo da sua saúde” ou, também, que “a atitude da enfermeira exerce uma influência importante nas suas relações com a pessoa cuidada”. A comunicação deve ser enaltecida manifestando a qualidade da presença, o respeito e a autenticidade do enfermeiro (Phaneuf, 2005) e é construída através da postura, gestos e atitudes, tom de voz ou do silêncio, do toque ou apenas da expressão facial, mas também é através dela que se constrói uma relação de confiança nos cuidados.

Outra valência que tive a oportunidade de colaborar foi a sala de tratamentos. É neste local que se realizam procedimentos invasivos, tais como, colheitas de sangue e urina, colocação de cateteres venosos periféricos (CVP), administração de terapêutica, entre outros. Aqui tive a oportunidade de observar e colaborar com a EE na gestão diferenciada da dor, e desenvolver competências de EEESIP nesta dimensão, articulando com a filosofia de CNT, utilizando, para tal, estratégias como a sucção não nutritiva, o uso de anestésicos tópicos, administração de sucrose, o recurso ao brinquedo, o uso de técnicas de distração, a presença dos pais, entre outros. A explicação prévia do procedimento e pedir a sua colaboração, foram duas estratégias fundamentais na prestação de cuidados com a criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento. Por exemplo, quando foi necessário colocar um CVP a uma criança de 11 anos, explicar-lhe o procedimento e deixá-la observar e tocar no material, diminui a sua ansiedade e medo em relação ao desconhecido. Além disso, pedir a sua colaboração possibilitou que sentisse algum controlo na situação. Como refere Diogo (2012), a preparação de procedimentos, facultar explicações/informações, proporcionar espaços de expressão de sentimentos e dar reforços positivos são estratégias de antecipação que ajudam na gestão emocional da criança. Mobilizar estratégias que ajudem a diminuir o medo e que potenciem sentimentos de segurança e controlo sobre a situação, deve ser algo inerente à intervenção de enfermagem, onde a sua experiência surge como fator essencial, auxiliando em situações emocionalmente intensas (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2015).

Ao longo deste estágio, também foi possível reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, sendo necessária a prestação de cuidados de enfermagem adequados (OE, 2010b). As crianças são prontamente transferidas para a Sala de reanimação ou para a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), de acordo com a gravidade da situação. Mais uma vez, transporte para os meus cuidados o que foi descrito por Phaneuf (2005) adotando estratégias de ajuda ao outro, mostrando interesse e atenção, dando-lhe um sentido mais profundo. Assim, nestas situações procurei ir transmitindo informações aos pais, sempre que possível, como foi com o caso de um latente em convulsão febril, certificando que a equipa estava a prestar cuidados de excelência, com o intuito de os tranquilizar e de transmitir confiança na equipa de saúde.

Na UICD também pude colaborar na preparação da criança e família para o internamento ou para a intervenção cirúrgica, minimizando as consequências da doença e da hospitalização na criança e família. Além disso, colaborei na preparação da alta da criança e família, alertando para algumas orientações relativamente a sinais de agravamento e para a necessidade de se dirigir a um serviço de saúde, de acordo com cada situação, não esquecendo a vigilância de saúde posterior. Esta preparação possibilitou a aquisição de novas competências por parte dos pais e também um aumento do sentimento de segurança em relação aos cuidados prestados ao seu filho, indo ao encontro da unidade de competência necessário ao EEESIP “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento Nº 422/2018, 2018, p. 19193).

Ao longo do estágio foi possível observar que o brincar foi o principal meio utilizado pelos enfermeiros para comunicar e interagir com a criança, mas também como estratégia na colaboração de intervenções de enfermagem necessárias, como por exemplo: facultar desenhos para colorir; folhas para desenho livre; oferta de brinquedos adequados à idade; atribuição de medalhas ou diplomas de bom comportamento; utilização da música como técnica de distração e/ou de relaxamento, assim como o conto de histórias infantis.

Destaco que a maioria dos enfermeiros estavam despertos para a temática do brincar, no entanto menos cientes da sua importância na promoção do desenvolvimento na CNES, como me foi confidenciado por alguns membros da equipa, que se mostraram interessados na temática. Deste modo, foi elaborado um

guia orientador de boa prática (Apêndice VII), que apresenta orientações para a prática de cuidados à CNES, utilizando o brincar como promotor do seu desenvolvimento. Durante as duas semanas, apenas tive contato com uma CNES que recorreu ao SUP, acompanhada pela sua família, num contexto de infecção respiratória, ficando em UICD para vigilância. Infelizmente, pelo estado geral em que a criança se encontrava, acabámos por a deixar dormir e descansar porque o cansaço era evidente. No turno seguinte, esta menina já tinha sido encaminhada para o internamento de pediatria, no entanto não fiquei indiferente à aparente calma dos pais, durante a sua permanência em SUP. Verbalizavam que já estavam “habituaados” e que “já conheciam os cantos à casa”. Em momento de reflexão com EE, analisámos que este sentimento se poderá relacionar com as frequentes idas à urgência, o que me faz refletir sobre o estado do processo de transição de saúde-doença desta família, visto que os mesmos encontraram recursos e estratégias para lidar com a mesma. Também a confiança nos profissionais era notória, o que, mais uma vez, reflete a relação de confiança estabelecida entre esta família e a equipa e, ainda, a qualidade e o seu profissionalismo. De acordo com Diogo (2012), o enfermeiro é capaz transformar estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade bem-estar, potenciando o autocontrolo emocional e a conquista da confiança da criança e família nos enfermeiros, o que faz todo o sentido em contexto de SUP, pelo estado emocional de ansiedade e medo que a doença poderá trazer para os pais, com a manifestações de sinais e sintomas que são, muitas vezes, desconhecidos, mas também por ser o primeiro contacto com os profissionais de saúde.

4.5 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

A UCINP onde estagiei, de 3 a 12 de Janeiro de 2018, pertence a um Hospital da grande Lisboa. Ao colaborar com a EE na prestação de cuidados ao recém-nascido (RN) e sua família, foi claro como o foco da nossa intervenção era direcionado à promoção da vinculação, sendo esta uma competência do EEESIP (Regulamento Nº 422/2018, 2018). Como refere Cardoso, Silva e Marín (2015) ser mãe e pai é um processo de transição, uma vez que é necessário a incorporação de um novo elemento no seio familiar, ajudando-o no seu crescimento e desenvolvimento, e além disso, é importante corresponder às expectativas da restante família, amigos e sociedade.

A vinculação inicia-se na gravidez, desenvolve-se após o parto e abrange as ligações afetivas entre os pais e o RN (Wheeler, 2014). É um processo de transição difícil e que pode ser afetado por vários fatores: o desejo de ser mãe/pai, a relação ente casal, a idade e o nível de educação dos pais, a experiência prévia no cuidado a crianças, o seu sistema de suporte, a sua condição financeira e os efeitos do stress no comportamento parental (Hockenberry, 2014). Além do mais, a separação prematura do RN dos pais é um acontecimento perturbador, gerador de ansiedade para a tríade (Silva, 2014). Posto isto, o enfermeiro deve direcionar as suas ações no sentido de promover a aproximação da tríade, maximizando o nascimento de uma parentalidade positiva e minimizando o comprometimento do processo de vinculação. Assim, foi-me possível executar diversas estratégias promotoras do processo de vinculação, como por exemplo contato pele a pele pelo método Canguru, pegar ao colo, mudar fralda, higiene do RN, amamentação ou por exemplo administração da alimentação por sonda nasogástrica. De todas estas, a estratégia que teve maior impacto e que se mostrou a mais emocionante, foi, sem dúvida, a amamentação. Como exemplo, recordo um RN de 35 semanas que por dificuldade respiratória, pós cesariana, teve de ser separado dos seus pais. Por complicações inerentes à cesariana, a sua mãe só se conseguiu deslocar à unidade no dia seguinte. Quando o viu pela primeira vez, foi incrível a sua reação que concentrou sorrisos e choro, tudo num só momento. Quando foi colocado à mama, não só foi visível a satisfação do bebé, como o da sua mãe. Emocionada referiu que foi naquele momento que se sentiu pela primeira vez mãe. Lamentavelmente, a instabilidade do RN leva a que nem sempre seja colocado precocemente à mama, no entanto, existem outras estratégias que permitem um contacto, quase tão íntimo como a amamentação, como o contacto pele a pele pelo método Canguru, algo também observado e implementado na unidade, sempre que possível. De acordo com a literatura, o leite materno (LM) é a melhor opção nutricional e engloba inúmeras vantagens, como benefícios imunológicos e como a sua constituição adequada e essencial, para cada bebé, em cada fase do seu nascimento, além do mais é importante para a mãe, visto que auxilia na sua recuperação pós-parto, é higiénico e económico (Wheeler, 2014). Na UCINP foi evidente a forma como era incentivada a amamentação, quando era possível, e quando, por algum motivo não era aconselhada, era recomendada a extração de LM através de uma bomba elétrica de leite. No momento da alimentação, quer por mama, tetina, copo ou por

sonda, era incentivada a presença dos pais e o seu envolvimento no processo, promovendo a parceria nos cuidados, implementando a filosofia CCF, mas também promovendo a vinculação, ajudando na transição situacional que a família se encontra.

Como tal, durante este estágio foi incentivado, pela equipa de enfermagem e por mim, o envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, como foi ilustrado nos exemplos referidos, maximizando as suas competências parentais, indo ao encontro da competência do EEESIP “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/2018, 2018, p. 19193).

Destaco que a promoção da vinculação e o desenvolvimento de uma parentalidade positiva favorecem o desenvolvimento infantil, minimizando o impacto que um nascimento precoce pode induzir na vida futura da criança. Neste sentido, os cuidados prestados, ao RN, foram executados de forma a maximizar o seu potencial de desenvolvimento, respeitando as suas necessidades de sono e descanso, e também, apropriando a intensidade e qualidade dos estímulos, proporcionando posicionamentos corretos e contacto pele a pele com os pais, como recomendado na literatura (Santos, 2011).

Meleis (2010) afirma que o processo de transição para a parentalidade, em bebés internados, é mais difícil, repleto de sentimentos de desapontamento, de culpa, de vergonha, e até de medo sobre a possibilidade de sobrevivência ou morbilidades no futuro. Este processo resulta também em sentimentos contraditórios, de felicidade pelo nascimento do bebé tão desejado, mas de tristeza face à experiência do nascimento em si. Estes pais vêem-se impedidos de cumprir o seu papel e forçados a delegar os cuidados do seu filho noutros. O EEESIP tem de compreender este processo e ajudar a família, promovendo a sua integração nos cuidados, com segurança e consciência, desmistificando o que pensam e sentem em relação a este processo.

Confesso que foi necessário um aprofundamento de conhecimentos científicos, que se tornaram aliados no meu cuidar. As características do ambiente, a complexidade das situações clínicas e a vulnerabilidade existente são fatores que nos poderão intimidar, mas que devem ser trabalhados, geridos e ultrapassados, de forma a conquistar a confiança dos pais e ajudá-los nesta transição.

Além de estagiar em neonatologia, também me foi possível estagiar na unidade de cuidados intensivos pediátricos. Mais uma vez, foi necessário leitura e pesquisa para aprofundar o meu conhecimento científico e facilitar o meu cuidar e as intervenções a ter.

Recordo a situação de uma criança de 13 anos que estava internada num contexto de diabetes inaugural e que, pela sua instabilidade, necessitava de uma vigilância constante. Nos processos de transição de saúde-doença e de criança-adolescente, é indispensável a transmissão de informação para facilitar o entendimento sobre a sua situação. Uma das competências do EEESIP envolve a promoção do desenvolvimento da autoestima e da autodeterminação do adolescente no que respeita às suas escolhas de saúde (OE, 2010b). O conhecimento de si próprio, e sobre a sua situação atual (o adolescente e a sua família) é essencial para se sentir mais confiante e seguro no ambiente hospitalar. Uma atitude proactiva e positiva em relação à envolvimento dos pais nos cuidados, leva à descoberta dos seus pontos fortes e promove o bom desempenho da família mesmo em situação de crise (Sanders, 2014).

Neste caso específico, o diagnóstico tinha sido efetuado recentemente, pelo que a envolvimento dos pais e da criança nos cuidados específicos da doença ainda estavam a ser introduzidos. No entanto estes pais estavam a demonstrar uma capacidade de adaptação extraordinária, querendo assimilar tudo o que era transmitido. O EE deve estar desperto para esta dinâmica e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e perceber quais as suas necessidades e capacitá-las para encontrarem estratégias que propiciem a adaptação à sua condição atual (OE, 2010b). Para mim, foi claro a forma como estes pais aceitaram a doença do seu filho e como estavam sedentos de aprendizagem. Começou-se este longo processo pela transmissão de informação sobre a doença, tratamento, sinais de alarme e hábitos de vida saudável, havendo a complementaridade de vários profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos e nutricionista), e também foi dada a possibilidade de participarem em alguns procedimentos. Intervenções que respeitam a filosofia dos CCF que perspectiva integrar os pais no planeamento dos cuidados e tomada de decisão.

O adolescente, ainda pouco consciente sobre o que se passava, foi quem mais me inquietou. Notava-se que se encontrava revoltado pela sua condição e tudo o que envolvia. Estava fora do seu ambiente familiar, isolado, sujeito a outras

rotinas, horários, tratamentos e procedimentos invasivos, numa fase em que, supostamente, seria a mais saudável do seu ciclo vital. Tal como abordado por Maas & Zagonel (2005), um adolescente hospitalizado experiencia diversas transições em simultâneo: desenvolvimental, saúde-doença e situacional, facto que deve exigir aos enfermeiros conhecimentos sobre transições, mas também capacidades de comunicação e sensibilidade para perceber o significado destas vivências.

Estas e outras competências específicas dos enfermeiros aplicam-se em qualquer área do atendimento ao adolescente, tal como preconizado para o EEESIP, nomeadamente: maximização do potencial de desenvolvimento, gestão do bem-estar, deteção precoce e encaminhamento de comportamentos que interfiram com a qualidade de vida, progressiva responsabilização das escolhas relativas à saúde (Regulamento 422/2018, 2018). Questionei-me sobre o que fazer para o ajudar e tornar esta experiência de hospitalização o menos penosa possível. Num artigo de investigação sobre as vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria, realizado por Figueiredo, Almeida, Santos e Carneiro (2015), chegou-se à conclusão que estes destacaram uma “opinião positiva sobre a equipa, o espaço e as condições físicas mas também as referências menos positivas de se sentirem fechados, aborrecidos, não podendo sair do serviço. Sentem falta dos amigos, das atividades diárias, da família mais alargada, dos objetos pessoais e da casa, dos animais de estimação” (p. 113). Refletindo sobre este estudo, pedi aos pais para trazerem o portátil, para o filho conseguir trazer para o hospital os seus amigos e interagir, por essa via, com eles. Foi clara a mudança de estado de espírito neste, agradecendo-nos essa possibilidade. Além disso, tivemos uma longa conversa sobre filmes e series de televisão, sendo este *hobbie* de grande interesse para o adolescente, e que permitiu trazer um pouco do seu dia-a-dia, ao ambiente que agora lhe estava a ser imposto.

A promoção do brincar no desenvolvimento da CNES foi explorada, na perspectiva de acompanhamento aos pais sobre a temática e para potenciar o seu uso pelo enfermeiro no cuidado à criança, a partir da realização de um guia orientador de boa prática (Apêndice VIII) para a sua utilização no RN até à criança mais velha. Várias pesquisas relatam a importância do brincar no desenvolvimento da criança e nos efeitos da estimulação nos défices associados à prematuridade. Este guia surge no sentido de uniformizar as intervenções de enfermagem na CNES, promovendo o seu desenvolvimento, assegurando a qualidade dos cuidados. Em

reflexão com a EE, esta confidenciou que perante a prática diária, com situações de complexidade tão exigentes, é necessário o estabelecimento de estratégias para minimizar o sofrimento, a dor e o medo resultantes dos cuidados de saúde, e destacou o brincar como estratégia de eleição. Desta conversa, concluí como a temática em estudo se torna tão importante na CNES e como o guia realizado será pertinente e importante para a equipa de enfermagem. Este concedeu o desenvolvimento pessoal e profissionais dos enfermeiros, com a transmissão de conhecimentos e aspetos relevantes para utilização do brincar na prática clínica.

4.6 Serviço de Internamento de Pediatria

O meu percurso formativo culminou com o estágio num serviço de internamento pediátrico de um Centro Hospitalar de Lisboa, de 15 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018, sendo o meu atual local de trabalho. Este serviço recebe CNES portadoras de doença crónica, com internamentos de longa duração, e suas famílias, tendo como objetivo a sua preparação para a transição para o domicílio, processo que se inicia logo no acolhimento.

Ao contrário dos contextos de estágio anteriores, no início do mesmo não houve a necessidade de conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, visto estar a desempenhar funções neste mesmo local desde 2015. No entanto, foi apresentado o projeto de estágio e atividades planeadas à enfermeira orientadora, que validou a pertinência do mesmo. Este projeto tinha como atividade a construção de um “Foguetão Mágico”, com o objetivo de promover a utilização do brincar para potenciar o desenvolvimento da CNES. Era neste foguetão que se encontravam diversos brinquedos, organizados por faixa etária, adaptados às diferentes necessidades especiais e aos vários estádios de desenvolvimento, e, para facilitar o seu uso e manuseio, seria desenvolvido um manual de utilização. Contudo, em discussão com a enfermeira orientadora e com a senhora enfermeira chefe, chegou-se ao consenso de que, para uma maior colaboração e envolvimento da equipa de enfermagem, para dar continuidade ao projeto, seria importante envolvê-la na construção do foguetão ao invés de o fazer de forma individual. Desta forma, foi proposta, como atividade de estágio, o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (Apêndice IX) que implicava a construção do “Foguetão Mágico” com a equipa de enfermagem.

No início deste meu percurso acadêmico, tinha idealizado criar uma sala de atividades, um espaço para atividade lúdica, visto que, no serviço de internamento em questão, não existe nenhum local onde as crianças possam brincar e interagir com outras crianças, se clinicamente estáveis, para além do seu quarto. A existência de uma sala de atividades, munida de cor, luz, brinquedos adequados ao desenvolvimento da criança, assim como várias brincadeiras, música, televisão e jogos, seria um fator determinante para a vivência hospitalar se tornar mais fácil e positiva. Além do ambiente físico, era importante esta sala ser utilizada conjuntamente com os profissionais de saúde (enfermeiros, educadores de infância, médicos ou auxiliares) para a tornar mais humana e afetuosa, onde as brincadeiras seriam partilhadas entre profissionais, criança e família. Como já foi referido anteriormente, brincar é um direito da criança (Unicef, 1990), a atividade lúdica é atenuante nas possíveis vivências negativas relativas à hospitalização, entre elas o atraso, ou até mesmo a restrição, do seu desenvolvimento (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2015), motivos suficientes para a nossa intervenção para transformar esta experiência em algo positivo e uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem. Os pais referem, muitas vezes, “como seria bom, uma sala para ela brincar” ou “esta cama é tão pequena para ela brincar” ou então “estamos sempre aqui enfiados”, o que me deixa triste e impotente porque não conseguir alterar esta realidade. Por constrangimentos inerentes ao serviço, esse objetivo foi-me negado.

Apesar de sentir alguma frustração, por não aplicar o que tinha idealizado, neste tempo de estágio, também foi importante construir este projeto porque coloquei no papel tudo o que é necessário para o seu desenvolvimento, com um conjunto de atividades a serem executadas, os seus objetivos, os meios indispensáveis para os atingir, os recursos necessários, onde serão obtidos e como serão avaliados os resultados, tornando-se, desta forma, mais fácil a sua implementação. Além do mais, conto com a equipa de enfermagem para a posterior construção do “Foguetão Mágico”, o que poderá levar a uma maior adesão para a sua utilização na prática de cuidados. Esta atividade de estágio remete-me à competência do EE, em que o EE “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento 140/2019, 2019, p.4747), algo que foi desenvolvido neste estágio visto que a análise

e reflexão da minha prática de cuidados me permitiu desenvolver e construir esta atividade de estágio, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, com a utilização da estratégia do brincar como promotor do desenvolvimento da CNES.

Ao contrário dos estágios anteriores, as atividades por mim propostas e desenvolvidas não abrangiam a prestação direta de cuidados de enfermagem, mas sim, o de introduzir na prática de enfermagem, o brincar como promotor do desenvolvimento da CNES, envolvendo a equipa na temática, com o intuito de melhorar a qualidade e uniformizar os cuidados, contribuindo para a formação dos mesmos. A literatura confirma que no cuidado humanizado à criança hospitalizada, o brincar é um instrumento de destaque e com grandes benefícios. Além disto, o enfermeiro que facilita atividades adequadas a cada estágio de desenvolvimento impulsiona a normalização do ambiente hospitalar com menor interferência no desenvolvimento da criança (Sanders, 2014). Como tal, aliei-me à observação e à partilha de experiências com a equipa de enfermagem para obter dados e perceber a motivação dos enfermeiros para a implementação do brincar como promotor do desenvolvimento da CNES. Quase todos referiram que seria uma ideia interessante e que estariam dispostos a contribuir e a envolver-se neste projeto. O desenvolvimento profissional é um processo de reconstrução do conhecimento com intuito de melhoria da prática, que depende de um investimento pessoal e de partilha de experiências colaborativas (Alarcão & Canha, 2013) e os locais de trabalho são espaços únicos para a criação de oportunidade de aprendizagem (Varandas & Lopes, 2012). Tal como é exigido ao EE, que “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”, sendo agente de mudança e dinamizador de boas práticas. Desta forma, ao longo do estágio fui incentivando, os que não estariam tão motivados, explicitando a sua importância e demonstrando que não alteraria a nossa dinâmica.

Além dos profissionais de saúde, o foco da minha intervenção também se direcionou aos pais, evidenciando a importância que o estímulo com brinquedos apropriados para a faixa etária do bebé, promoveria no desenvolvimento da criança. Como exemplo, para uma menina de 8 anos sugeri à mãe adquirir fios e missangas de várias cores, para esta construir as suas próprias pulseiras. Com esta atividade a criança melhora a sua coordenação motora, a sua concentração e atenção, assim

como estimula o seu imaginário e criatividade. Além dos benefícios referidos anteriormente, o seu desenvolvimento social também foi estimulado pela interação que teve com outras crianças internadas ao “vender” as pulseiras. Assim, foi abordado o brincar na promoção do desenvolvimento infantil e foi possível cuidar da criança, maximizando a sua saúde.

Outros projetos que envolvem o brincar e as brincadeiras são os “Doutores palhaços”. Sempre que temos estas visitas, é notório como as crianças ficam mais ativas e colaborantes nos cuidados e procedimentos, assim como mais recetivas à aproximação dos profissionais de saúde. O foco na hospitalização e da quebra da sua rotina deixa de estar presente, pela exteriorização dos seus medos, angústias, dor e de limitações, por disfrutar de brincadeira. Também o estudo de Lima, Azevedo, Nascimento e Rocha (2009), corrobora que a arte do teatro *Clown* é uma estratégia importante que valoriza o desenvolvimento da criança, que possibilita riso, alegria, fantasia e aceitação do ambiente hospitalar como um CNT, para ultrapassar/lidar com os problemas e sofrimento associado à condição de saúde e à hospitalização.

Não há dúvidas em como o brincar é uma atividade essencial na adaptação da criança à hospitalização, na transição saúde-doença. Logo, foi na eleição e aplicação desta estratégia, na prestação de cuidados, que desenvolvi competências de EEESIP, evidenciando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação para a relação com a criança ou jovem e sua família, apurando sinais fisiológicos e/ou emocionais de mal-estar, ajudando e capacitando a criança ou jovem e sua família na adoção de estratégias de *coping* para ultrapassar as transições vivenciadas. A criança e sua família terão de lidar com o impacto que o diagnóstico e/ou vivência de uma doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida acarreta, pela transição saúde-doença. Simultaneamente, a criança passará a transição desenvolvimental, da infância para a adolescência, em que poderá se sentir limitada na sua função física e psíquica, intrinsecamente relacionado com a sua vivência da doença. Podemos também associar as duas transições referidas anteriormente, à hospitalização que, decorrente da transição de saúde-doença, poderá levar a uma reorganização familiar, pela ausência da criança no seu seio familiar, bem como a do seu cuidador informal, levando a um desequilíbrio na funcionalidade familiar com profunda alteração de papéis.

5. Projeto futuro... O Foguetão Mágico

No âmbito deste meu percurso académico e, igualmente, de uma mudança profissional e pessoal, conseqüente desta jornada, ergue-se o tão desejado projeto idealizado nesta caminhada, que resulta dos conhecimentos e experiências adquiridas em estágio da prática reflexiva fundamentada na evidência científica consultada e das competências comuns de EE e específicas de EEESIP.

Este projeto (Apêndice IX) tem como objetivo o desenvolvimento de boas práticas, promovendo o desenvolvimento da CNES através do brincar. Será implementado num serviço onde nem toda a equipa de saúde considera o brincar como estratégia essencial para promover o desenvolvimento infantil, onde os brinquedos apropriados e seguros são poucos e onde não existe uma sala de atividades para a criança se libertar do isolamento provocado pela hospitalização, fatores que aumentam a minha motivação para o desenvolver e implementar. A primeira fase pretende envolver a equipa de enfermagem, dotando-a das competências necessárias para a concretização deste projeto, com o desenvolvimento de uma ação de formação sobre a importância do brincar na promoção do desenvolvimento da CNES; passando depois pela criação de grupos de trabalho para a escolha dos brinquedos apropriados por etapa de desenvolvimento; seguidamente pela construção de uma folha de registo para a avaliação do desenvolvimento da criança (Mary Sheridan Modificada), para identificar quais os brinquedos necessários para estimular as áreas mais afetadas; e por fim formular um manual de utilização do Foguetão Mágico e uma norma de higienização de brinquedos.

Espero com esta caminhada tornar-me numa profissional de referência, nesta área que tanto prazer me dá. Como tal, quero continuar a trabalhar na motivação dos profissionais e na sua formação, abordando o que foi obtido na melhor evidência científica, com os resultados de uma *scoping review* que irei ter oportunidade de concretizar.

O acompanhamento deste projeto será realizado por mim, sendo a enfermeira dinamizadora desta área de particular atenção. Numa fase final, avaliarei o impacto deste projeto, através de um questionário, aplicado à equipa de enfermagem e aos pais, sendo os resultados divulgados posteriormente em congressos de pediatria.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro ao cuidar de CNES e suas famílias tem de ter em conta todas as suas especificidades e é-lhe “exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem da forma mais positiva possível” (OE, 2010, p. 94). Brincar é essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014).

Cabe ao enfermeiro planear e implementar estratégias que minimizem as consequências negativas que um internamento acarreta, sendo o brincar uma ferramenta importante no cuidado à criança ou jovem e sua família, neste momento de vulnerabilidade e angústia. Além do mais, brincar é uma intervenção autónoma de enfermagem, assim como a promoção do desenvolvimento da criança.

No meu percurso de estágio, a minha postura evidenciou-se como sendo um elemento facilitador na utilização do brincar nos cuidados para promover o desenvolvimento da CNES no sentido de maximizar o seu potencial, o que envolveu motivar e incentivar as equipas de saúde para a importância do brincar e da brincadeira como promotor do desenvolvimento infantil, como estratégia de comunicação e de distração com a criança face aos procedimentos invasivos, contribuindo desta forma para o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e sua família. Este percurso nem sempre foi fácil, havendo, por vezes, dificuldades na implementação desta missão, talvez sendo justificado pela escassez de recursos humanos, o que levava à indisponibilidade de tempo, ou na falta de motivação pelo excesso de trabalho, ou até mesmo pela insegurança/falta de conhecimento na utilização do brincar com finalidade terapêutica.

Este relatório é o resultado de uma caminhada e a sua construção foi importante para a análise e reflexão deste percurso, originando um enriquecimento profissional e pessoal, evidenciando a importância desta temática na prática de cuidados.

Deste modo, podemos afirmar que brincar é um direito da criança e deve estar sempre presente na satisfação das suas necessidades; brincar é uma atividade essencial para o seu desenvolvimento saudável em qualquer contexto; a família é parte integrante dos cuidados, respeitando a filosofia dos CCF; brincar é

essencial para um CNT e a implementação de um projeto só é possível se toda a equipa de enfermagem estiver envolvida, motivada e consciente da sua importância.

A realização deste relatório obrigou a uma reflexão crítica constante, onde se procurou demonstrar o percurso e os resultados de aprendizagem obtidos, em cada experiência de estágio, como EEESIP.

Os objetivos inicialmente delineados foram moldados e adaptados a cada local de estágio e considera-se terem sido amplamente atingidos. A metodologia aplicada demonstrou-se essencial, possibilitando o desenvolvimento e a aquisição de competências de EEESIP, tornando-se um fator facilitador neste percurso. O caminho percorrido levou à consolidação de conhecimentos e à intensa vivência de novas experiências, proporcionando a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Levarei para o futuro a compreensão e a mobilização de saberes, baseados na análise e reflexão das práticas, aliando-me à evidência científica e investigação, com a esperança de conseguir implementar o projeto do “Foguetão Mágico”, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados no meu local de trabalho e, também, prestar cuidados de enfermagem especializados de elevada qualidade à criança ou jovem e sua família.

Ao terminar este relatório, com a certeza que apresenta aspetos e atividades a melhorar, asseguro que o investimento na minha formação contínua não termina, visto que a procura pela excelência no cuidar será sempre a minha motivação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Canha B. (2013). *Supervisão e colaboração – uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora;
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina;
- Alegria, A., Estrada, J., & Vale, M. C. (2008). Desenvolvimento e Intervenção. In Amaral, J. M. V.. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (p. 123-127). Amadora: Abbott Laboratórios;
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores;
- Barros, L. (2010). Família, saúde e doença: intervenção dirigida aos pais. In *Complexidades e perplexidade*;
- Batalha, L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. Manual de estudo – versão 1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;
- Batalha, L. M. D. C., Carreira, M. C. G., & Correia, M. M. M. (2011). Dor para não ter dor: aplicação de anestésico tópico. *Revista de Enfermagem Referência*. 5, 203-209.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II - dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: Cegoc;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença;
- Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 964-1004). Loures: Lusociência;
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges* (20th ed.). World Health Organization
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 11-20;
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta;

- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 31 (1). 12-17;
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. *Diário da República*, 1ª série, N.º 149 (05-08-2014) 4069-4071;
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures:Lusociência
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T.. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13. 43-51;
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Direção-Geral de Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida*. Lisboa: Climepsi;
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. Disponível em 2017 Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>;
- Figueiredo, Â. M. S., Almeida, C. M. S., Santos, M. M. O., & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 105-114.
- Fonseca, M. (1999). Brincar... Não é diferente!.... In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 9-14). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 49-70). Loures: Lusociência;

- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). *Perpectivas de Enfermagem Pediátrica*. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 1-20). Loures: Lusociência;
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Consultado em 05/01/2018, disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf;
- International Play Association - http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf Acedido em 27 de junho de 2017;
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência
- Kolb, D. (1984). *Experimental learning*. New Jersey: Prentice-Hall;
- Lima, R. A., Azevedo, E. F., Nascimento, L. C., & Rocha, S. M. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*,43(1), 186-193;
- Maas, T., & Zagonel, I. P. S. (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare enfermagem*. 10(2), 68-75.
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256;
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. D. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6, 113-121;
- McElfresh, P., & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company;
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. 23, 12-28.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. In Meleis, A. I. (Ed.). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.52-64). New-York: Springer Publishing Company
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In Meleis, A. I. (Ed.). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.65-71). New-York: Springer Publishing Company;
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. D. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6, 113-121.
- Nunes, E. (2017). Relatório de Atividades – 2017. Acessível em: Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian - Serviço de Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38;

- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). 132-135;
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 25. p. 677-687;
- Ramos, A. L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. J., & Dias, L. (2012). Brincar... essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Percursos*, 26, 49-60;
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II Série, N.º135 (16-07-2018). 19359-19370;
- Regulamento N.º 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da infantil e pediátrica. Diário da República II Série, N.º133 (12-07-2018). 19192-19194;
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de Fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série, N.º 26. 4744-4750;
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*. XX(1). 26-31;
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: a central concept in nursing*. In Meleis, A. I. (Ed.). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.38-51). New-York: Springer Publishing Company
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Silveira, A., & Neves, E. (2012). Crianças com necessidades especiais de saúde e o cuidado familiar de preservação. *Ciência, cuidado e saúde*, 11(1), 74-80;

- Tavares, A., & Paiva, T. (1999). "Eu também quero brincar". In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 45-47). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;
- UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: Adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 27/12/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf;
- Varandas, M. D. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*. 22, 141-158.
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. G. de. (2002). *Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552–560.
- Waksman, R. D., & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(1), 36-48;
- Willrich, A., Azevedo, C. C. F., & Fernandes, J. O. (2009). Desenvolvimento motor na infância. *Revista Neurociências*. 17, 51-56;
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 240-293). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I:
Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

| MÊS | Set | Outubro | | | | | Novembro | | | | | Dezembro | | | | Janeiro | | | | | Fevereiro | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| DIAS | 25 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2 | 8 | 15 | 22 | 29 | 5 | 12 | 19 | 26 | |
| | 29 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 5 | 12 | 19 | 26 | 2 | 9 | 16 | 23 | 2 | |
| SEMANAS | 1 ^a | 2 ^a | 3 ^a | 4 ^a | 5 ^a | 6 ^a | 7 ^a | 8 ^a | 9 ^a | 10 ^a | 11 ^a | 12 ^a | 13 ^a | 14 ^a | 15 ^a | 16 ^a | 17 ^a | 18 ^a | 19 ^a | 20 ^a | 21 ^a | 22 ^a | 23 ^a | |
| CSP | | | | | | | | | | | | | | Férias de Natal | | | | | | | | | | |
| CR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIRP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UCINP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e Apresentação: Relatório de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice II:

Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Lisboa

2017 / 2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2017 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título:

O brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde: contributo do enfermeiro especialista.

Data de início:

O projeto terá início a 25 de setembro de 2017.

Duração:

Decorrerá em 18 semanas, desde a data referida anteriormente até ao dia 9 de fevereiro de 2018, com 2 semanas de pausa letiva (desde 18 de dezembro de 2017 a 1 de janeiro de 2018).

Palavras – Chave:

Jogos e brinquedos; criança com necessidades especiais de saúde; desenvolvimento infantil; enfermagem pediátrica.

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Este projeto de estágio surge após o autodiagnóstico de competências do enfermeiro especialista (EE) e da problemática identificada decorrente da minha prática profissional. O EE é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, englobando a pessoa e as suas respostas nos processos de saúde/doença, tendo níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão (OE, 2011).

A escolha do tema “Brincar na promoção do desenvolvimento da CNES” teve por base a minha experiência profissional em um serviço de pediatria que assiste, de uma forma geral, crianças com doença crónica e com necessidades especiais de saúde, submetidas a internamentos prolongados que colocam em risco o seu potencial de desenvolvimento. Tal situação é agravada pela inexistência de uma sala de atividades e de brinquedos e/ou brinquedos adaptados, tal como a falta de uma Educadora de Infância, de forma exclusiva, para estimular e brincar com as crianças. Para dar resposta a esta problemática, pretendo com este projeto promover o desenvolvimento na CNES e a sua transição para a etapa seguinte, de forma harmoniosa.

Resultante do progresso das condições socioeconómicas dos portugueses, mas também das reformas globais na saúde, com intervenção específica na área da Saúde Infantil e Pediatria (Machado, Alves & Couceiro, 2011), a taxa de mortalidade infantil reduziu de 77,5%, em 1960, para 3,19%, em 2016 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Esta redução na taxa de mortalidade infantil levou a um crescimento do número de CNES e a um aumento na esperança média de vida destas crianças (McElfresh & Merck, 2014).

As limitações inerentes à condição física das CNES, assim como, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem condicionar a sua participação em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento físico, emocional e social (Tavares & Paiva, 1999). Brincar é essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014).

O brincar é uma atividade inata da infância, que oferece oportunidades para a criança se desenvolver, dando-lhe informação sobre o mundo ao seu redor (Waksman & Harada, 2005). Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil, visto que esta atividade desenvolve potencialidades e capacidades da criança (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Deste modo, considera-se o brincar como fundamental na vida da criança e, como enfermeiros, é essencial intervir para promover um desenvolvimento infantil saudável. Brincar é a principal atividade da criança e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014). Desta forma, o brincar pode ser utilizado como técnica de comunicação e além disso um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da criança e conseqüentemente promotor do mesmo.

Por muitas explicações que existam sobre os benefícios do brincar e dos brinquedos, a magia que existe no ato de brincar pode explicar-se pela brincadeira livre e própria da criança saudável, que facilita o seu crescimento e, portanto, a saúde (Winnicott, 1975).

Desta forma, torna-se evidente a pertinência desta temática, pelo que desenvolvi este projeto, tendo como foco de atenção o brincar para promover o desenvolvimento infantil em CNES. Este projeto fica inserido em várias áreas de atuação particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP): às necessidades da criança e do jovem com condição crónica e suas famílias com cuidados de enfermagem apropriados; promoção da adaptação da criança e família à doença crónica; e por último na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 1422/2018, 2018), correspondendo aos objetivos gerais delineados: desenvolver competências de EEESIP para prestar cuidados especializados às crianças, jovens (diferentes etapas de desenvolvimento) e família, nos diferentes contextos da prática e desenvolver competências de EEESIP na promoção do desenvolvimento da CNES hospitalizada, recorrendo ao brincar.

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO

Torna-se essencial definir objetivos para obter um percurso consistente. Deste modo foram definidos dois objetivos gerais (OG):

1. Desenvolver competências de EEESIP para prestar cuidados especializados às crianças, jovens (diferentes etapas de desenvolvimento) e família, nos diferentes contextos da prática;
2. Desenvolver competências de EEESIP na promoção do desenvolvimento da CNES hospitalizada, recorrendo ao brincar.

De forma a atribuir coerência à estruturação do meu percurso foram estabelecidos objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação apresentados nas tabelas seguintes, por contexto de local de estágio, com uma carga horária semanal prevista de 25h.

Tabela 1 – Quadro de atividades a desenvolver na Unidade de Saúde Familiar de 25 de setembro a 8 de outubro de 2017

| OG | Objetivos específicos | Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|---|----------|--------------------|
| Competências a desenvolver: | | | | |
| A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | |
| 1 | - Desenvolver competências específicas de EEESIJ no cuidado à criança e família em CSP; | - Observação da enfermeira orientadora na avaliação e atuação em consulta de vigilância de saúde infantil; - Aprofundamento de conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; - Participação na apreciação da criança e família, em consulta de vigilância de saúde infantil; | | -Análise crítica e |

| | | | | |
|-------|--|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de uma CNES e realizar o seu acompanhamento na consulta de saúde infantil e na comunidade; - Reflexão com a enfermeira orientadora, sobre situações de cuidados, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão; - Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, à sua condição de saúde e nível de compreensão dos pais; - Identificação das necessidades de cuidados da criança/família; - Realização de ensino e treino de habilidades específicas no cuidado à criança; - Promoção de um ambiente de confiança para exposição de medos, dúvidas e preocupações; - Facilitação da comunicação expressiva de emoções e sentimentos, à criança e família; - Compreensão da criança e dos comportamentos expectáveis em cada fase. | <p>Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem.</p> <p>Físicos: USF, livros e artigos relacionados com a temática, portátil, internet, normas de procedimentos.</p> <p>Temporais: 25 de setembro a 8 de outubro de 2017</p> | <p>reflexiva da experiência;</p> <p>- Folheto informativo sobre como escolher um brinquedo seguro e adequado.</p> |
| 1 e 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento infantil; | <ul style="list-style-type: none"> - Observação da enfermeira orientadora na avaliação do desenvolvimento da criança; - Participação na avaliação do desenvolvimento da criança; - Sensibilização da família para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do desenvolvimento da criança; | | |

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento dos prestadores de cuidados diretos como principais promotores de desenvolvimento; - Identificação precoce de alterações de desenvolvimento, intervindo adequadamente para a sua atenuação e/ou cessação; - Sensibilização para as diferenças individuais de cada criança e alertar os pais para os desvios extremos ao desenvolvimento normal. | | |
| 1 e 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências na utilização do brincar como promotor do desenvolvimento infantil; | <ul style="list-style-type: none"> - Realização e divulgação de um folheto informativo sobre como escolher um brinquedo seguro e adequado; - Sensibilização às famílias sobre os brinquedos que potenciam o desenvolvimento; - Incentivo aos pais/família a interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial; - Potenciação da relação pais/filho numa atitude empática e flexível; - Estabelecimento de estratégias de parceria com os pais, no que se refere à utilização do brincar na promoção do desenvolvimento. | | |
| 1 e 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os profissionais para a utilização do brincar como promotor do desenvolvimento. | <ul style="list-style-type: none"> - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil; - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao brincar na promoção do desenvolvimento da criança; - Identificação da utilização de um instrumento próprio de avaliação do desenvolvimento; - Construção de um <i>kit</i> com material necessário para avaliação do | | <ul style="list-style-type: none"> - Relatório final. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | desenvolvimento infantil através da Escala <i>Mary Sheridan</i> . | |
|--|--|---|--|

Tabela 2 – Quadro de atividades a desenvolver no Centro de Reabilitação de 9 de Outubro a 10 de Novembro de 2017

| OG | Objetivos específicos | Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|---|---|----------------------------------|
| Competências a desenvolver: | | | | |
| A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | |
| 1 | - Conhecer o contributo do EESCJ na dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional; | - Realização de uma reunião informal com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora para obter mais informações sobre este contexto, a população abrangida e os projetos em vigor; - Apresentação do projeto delineado, modelando o que for necessário consoante as necessidades do contexto; - Consulta e análise de protocolos e normas instituídas; - Observação da dinâmica durante o atendimento aos utentes. | Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem. Físicos: protocolos e orientações para a intervenção, | - Análise crítica e reflexiva da |
| 1 | - Desenvolver competências no cuidado à CNES e família; | - Consulta de evidência científica sobre a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil utilizando o brincar como estratégia, em crianças com necessidades especiais de saúde; - Observação participante na avaliação e atuação em consulta com a enfermeira orientadora; - Apreciação da criança e família, com identificação dos problemas | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | <p>e promoção de cuidados antecipatórios promotores do desenvolvimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão com a enfermeira orientadora, sobre situações de cuidados, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão; - Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estadió de desenvolvimento da criança, à sua condição de saúde e nível de compreensão dos pais; - Promoção de um ambiente de confiança para exposição de medos, dúvidas e preocupações; - Facilitação da comunicação expressiva de emoções e sentimentos, à criança e família; - Compreensão da criança e dos comportamentos expectáveis em cada fase; - Identificação das necessidades de cuidados da criança/família; - Realização de ensino e treino de habilidades específicas no cuidado à criança; | <p>literatura relacionada com a temática, normas de procedimentos.</p> <p>Temporais: 9 de Outubro a 10 de Novembro de 2017.</p> | <p>experiência.</p> |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento infantil; | <ul style="list-style-type: none"> - Observação participante na avaliação do desenvolvimento da criança com a enfermeira orientadora; - Realização da avaliação do desenvolvimento da criança; - Apreciação da criança e família, com identificação dos problemas e promoção de cuidados antecipatórios promotores do | | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dossier</i> sobre os brinquedos utilizados em |

| | | | | |
|-------|--|---|--|--|
| | | <p>desenvolvimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação precoce de alterações de desenvolvimento, intervindo adequadamente para a sua atenuação e/ou cessação; - Sensibilização da família para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do desenvolvimento da criança; - Reconhecimento dos prestadores de cuidados diretos como principais promotores de desenvolvimento; | | <p>consulta;</p> <p>- <i>Dossier</i> temático.</p> |
| 1 e 2 | <p>- Desenvolver competências no brincar como promotor do desenvolvimento da CNES;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização da família sobre os brinquedos adaptados a utilizar, que potenciam o desenvolvimento; - Incentivo aos pais/família a interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial; - Potenciação da relação pais/filho numa atitude empática e flexível; - Estabelecimento de estratégias de parceria com os pais, no que se refere à utilização do brincar na promoção do desenvolvimento. - Desenvolvimento de um <i>dossier</i> com uma compilação de brinquedos adaptados utilizados na intervenção/consulta, atendendo às necessidades especiais de saúde; | | |
| 1 e 2 | <p>- Sensibilizar os profissionais para a utilização do brincar como promotor do</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao brincar como promotor desenvolvimento infantil; - Desenvolvimento de um <i>dossier</i> temático sobre a evidência encontrada, acerca das estratégias de brincar e brinquedos | | |

| | | | | |
|--|------------------|--|--|--|
| | desenvolvimento. | utilizados na promoção do desenvolvimento em CNES. | | |
|--|------------------|--|--|--|

Tabela 3 – Quadro de atividades a desenvolver no Serviço de Internamento de Reabilitação Pediátrico de 13 de Novembro a 1 de Dezembro 2017

| OG | Objetivos específicos | Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|---|---|---------------------|
| Competências a desenvolver: A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | |
| 1 | - Conhecer o contributo do EESCJ na dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional. | - Realização de uma reunião informal com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora para obter mais informações sobre este contexto, a população abrangida e os projetos em vigor; - Apresentação do projeto delineado, modelando o que for necessário consoante as necessidades do contexto; - Consulta e análise de protocolos e normas instituídas; - Observação da dinâmica durante o atendimento aos utentes. | Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem. | ; |
| 1 | - Desenvolver competências no cuidado à CNES e | - Aprofundamento de conhecimentos no cuidar à criança e família, em situações complexas de saúde; - Consulta da evidência científica sobre a utilização do brincar em contexto de internamento; | | - Análise crítica e |

| | | | | |
|--------------|--|--|--|--|
| | <p>família;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família, tendo em conta a transição em que se encontra, ajudando-a a readaptar-se, promovendo o seu bem-estar; - Prestação de cuidados à criança e família em situações de especial complexidade, ajudando-a no restabelecimento do seu equilíbrio, promovendo a capacitação da família, com estratégias de adaptação e <i>coping</i>; - Acompanhamento de, pelo menos, uma criança e família no processo de internamento (desde o acolhimento, o internamento e preparação da alta); - Identificação das necessidades de cuidados da criança/família; - Realização de ensino e treino de habilidades específicas no cuidado à criança; - Reflexão com a enfermeira orientadora, sobre situações de intervenção na criança e família em situações de especial complexidade, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão. | <p>Físicos: protocolos e orientações para a intervenção, literatura relacionada com a temática, normas de procedimentos.</p> | <p>reflexiva da experiência;</p> <p>- Relatório final;</p> |
| <p>1 e 2</p> | <p>- Desenvolver competências no brincar como promotor do desenvolvimento da CNES;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização da família para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do desenvolvimento da criança, adequado às limitações existentes; - Sensibilização da família sobre os brinquedos adaptados a utilizar, que potenciam o desenvolvimento; - Incentivo aos pais/família a interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial; | <p>Temporais: 13</p> | |

| | | | | |
|-------|--|---|-------------------|---------------------------------|
| | | - Potenciação da relação pais/filho numa atitude empática e flexível. | de Novembro a 1 | - <i>Kit</i> do |
| 1 e 2 | - Sensibilizar os profissionais para a utilização do brincar como promotor do desenvolvimento da CNES. | - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao brincar como promotor desenvolvimento infantil; - Identificação dos brinquedos adaptados utilizados pelos profissionais, em contexto de internamento; - Realização de um <i>kit</i> do brincar, de modo a proporcionar diferentes materiais à equipa de enfermagem; - Realização de uma norma sobre a utilização do kit do brincar. | de Dezembro 2017. | brincar e norma correspondente. |

Tabela 4 – Quadro de atividades a desenvolver no Serviço de Urgência Pediátrica de 4 a 15 de Dezembro de 2017

| OG | Objetivos específicos | Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|--|--|---|
| Competências a desenvolver: | | | | |
| A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | |
| 1 | - Desenvolver competências no cuidado à criança, com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, e família | - Observação participante, na avaliação e atuação em situações complexas e de instabilidade clínica da criança e família, com a enfermeira orientadora; - Participação na avaliação da criança e família, com necessidades de cuidados urgentes e emergentes; - Identificação das necessidades de cuidados da criança/família; - Realização de ensino e treino de habilidades específicas no cuidado à criança; | Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e | - Análise crítica e reflexiva da experiência; |

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão com a enfermeira orientadora, sobre situações de cuidados urgentes e emergentes, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão. | <p>equipa de enfermagem.</p> | |
| 1 e 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Promover a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento infantil, em contexto de urgência. | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização da família para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do desenvolvimento da criança; - Sensibilização da família sobre os brinquedos a utilizar, que potenciam o desenvolvimento; - Incentivo aos pais/família a interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial; - Estabelecimento de estratégias de parceria com os pais, no que se refere à utilização do brincar na promoção do desenvolvimento. - Potenciação da relação pais/filho numa atitude empática e flexível. | <p>Físicos: protocolos e orientações para a intervenção, literatura relacionada com a temática, normas de procedimentos.</p> <p>Temporais: 4 a 15 de Dezembro de 2017.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador de boas práticas; -Relatório final. |
| 1 e 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os profissionais para a utilização do brincar como promotor do desenvolvimento da CNES. | <ul style="list-style-type: none"> - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil; - Validação do encaminhamento precoce de situações de risco; - Realização de um guia orientador de boas práticas com estratégias de brincadeira e brinquedos para cada etapa do desenvolvimento. | | |

Tabela 5 – Quadro de atividades a desenvolver na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátricos de 3 a 12 de Janeiro de 2018

| OG | Objetivos específicos | Data | Atividades | Recursos | Indicadores de avaliação |
|--|--|------------------------------|---|---|---|
| Competências a desenvolver: A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | | |
| 2 | - Promover a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento infantil, em contexto de UCI | De 3 a 12 de Janeiro de 2018 | <ul style="list-style-type: none"> - Observação participante dos cuidados de enfermagem; - Consulta da evidência científica sobre a promoção do brincar no desenvolvimento infantil em CNES no contexto de cuidados intensivos; - Conversa com a enfermeira orientadora sobre as intervenções e estratégias promotoras do desenvolvimento, em curso no serviço, e a literatura encontrada; - Sensibilização da família para a manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do desenvolvimento da criança; - Sensibilização da família sobre os brinquedos a utilizar, que potenciam o desenvolvimento; - Incentivo aos pais/família a interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial; - Estabelecimento de estratégias de parceria com os pais, no que se refere à utilização do brincar na promoção do | Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem. | - Análise crítica e reflexiva da experiência; |

| | | | | | |
|-------|---|--|---|--|-----------------------------------|
| | | | desenvolvimento. - Potenciação da relação pais/filho numa atitude empática e flexível. | Físicos: protocolos e orientações para a intervenção, literatura relacionada com a temática, normas de procedimentos. | |
| 1 | - Desenvolver competências no cuidado à CNES e família; | | - Observação da enfermeira orientadora no cuidado ao RN ou criança em contexto de cuidados intensivos; - Participação na prestação de cuidados ao RN ou criança e família com necessidade de cuidados intensivos, promovendo, nomeadamente, a esperança, a parentalidade, a vinculação e o seu desenvolvimento infantil; - Reflexão com a enfermeira orientadora sobre situações de intervenção no RN ou criança e família com necessidade de cuidados intensivos, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão. | | |
| 1 e 2 | Sensibilizar os profissionais para a importância da utilização do brincar como promotor do desenvolvimento. | | - Reforço e partilha de conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil; - Validação do encaminhamento precoce de situações de risco; - Realização de um guia orientador de boa prática com estratégias de brincadeira e brinquedos para cada etapa do desenvolvimento, adaptado ao contexto e NES das crianças. | Temporais: 3 a 12 de Janeiro de 2018 | - Guia orientador de boa prática. |

Tabela 6 – Quadro de atividades a desenvolver no Serviço de Internamento Pediátrico de 15 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018

| OG | Objetivos específicos | Data | Atividades | Recursos | Indicadores de avaliação |
|--|---|---|--|---|---|
| Competências a desenvolver: A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019); E1; E2 e E3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018) | | | | | |
| 2 | - Desenvolvimento de um projeto de intervenção no âmbito da utilização do brincar na promoção do desenvolvimento infantil em CNES | De 15 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018 | <ul style="list-style-type: none"> - Identificação da problemática do serviço, realizando uma análise de situação, averiguando a opinião dos enfermeiros sobre a temática; - Revisão da evidência científica, sobre a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento infantil em contexto de internamento, em CNES; - Envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, dotando-a das competências necessárias para a concretização do projeto; - Desenvolvimento de uma ação de formação sobre a importância do brincar na promoção do desenvolvimento infantil; - Desenvolvimento e construção do “Foguetão Mágico”, que consiste na construção de um foguetão que apresentará, no seu interior, material para a avaliação do desenvolvimento e | Humanos: docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem. Físicos: protocolos e orientações para a intervenção, literatura relacionada com a temática, normas de procedimentos. | <ul style="list-style-type: none"> - Análise crítica e reflexiva da experiência; - “Foguetão mágico”, norma e folheto informativo correspondente. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>estará recheado de brinquedos/brincadeiras adaptados às diferentes necessidades especiais e aos vários estádios de desenvolvimento da criança;</p> <ul style="list-style-type: none">- Desenvolvimento de um protocolo/norma para a utilização do “Foguetão Mágico”;- Realização de um folheto informativo sobre o “Foguetão Mágico” e a sua utilização, para os pais. | <p>Temporais: 15 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018</p> | |
|--|--|--|--|--|

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Estatística -
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001389&contexto=bd&selTab=tab2 Acedido em: 26 de junho de 2017;
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1-20). Loures: Lusociência;
- Machado, M., Alves, M. & Couceiro, M. (2011). Saúde infantil e juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 195-204;
- McElfresh, P & Merck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: Lusociência;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ramos, A. L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. J. & Dias, L. (2012). Brincar... essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Percursos*, 26, 49-60;
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de Fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série, Nº 26. 4744-4750;
- Regulamento Nº 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da infantil e pediátrica. Diário da República II Série, Nº133 (12-07-2018). 19192-19194; Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- Tavares, A. & Paiva, T. (1999). "Eu também quero brincar". In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 45-47). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;

Waksman, R. D. & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(1), 36-48.

Apêndice III:

Folheto: “Brincar com a criança com necessidades especiais de saúde”

6-10 anos de vida:

- Valorizar o trabalho escolar e as habilidades da criança;
- Atividades em grupo;
- Jogos desportivos;
- Jogos de tabuleiro ou de estratégia;
- Jogos de memória;
- Cartas.



BRINQUEDO SEGURO



- Analisar se são adequados para a idade;
- Verificar a existência de peças pequenas, ou que possam destacar-se facilmente;
- Aferir se as juntas e os acabamentos são macios, sem arestas cortantes;
- Se o brinquedo for de plástico rígido, exercer pressão para verificar se cede ou se parte facilmente;
- Verificar se tinta que cobre o brinquedo começa a lascar ou a desaparecer (pode significar que a criança poderá estar a ingeri-la).

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Na consulta de enfermagem, e após uma **avaliação do desenvolvimento** da criança, serão aconselhados quais os brinquedos que deve utilizar para estimular um desenvolvimento o mais harmonioso possível. Brinquedos que promovem a:

- **Capacidade física:** utilizar brinquedos de vários tamanhos e pesos; brincadeiras ao ar livre como saltar, correr e pular, andar de triciclo ou bicicleta; jogos desportivos coletivos (futebol, ginástica ou natação);

- **Capacidade sensorial:** utilizar brinquedos coloridos, com várias texturas; ouvir e cantarolar músicas, caixa de música ou a utilização de instrumentos musicais; puzzles com peças grandes ou quadros de encaixe com figuras de animais; ler histórias; desenho e pinturas; plasticina e colagens; jogos de causa-efeito;
- **Capacidade linguística:** utilizar brinquedos musicais; realizar teatros e brincadeiras com fantoches; atividade em grupo com outras crianças; jogos desportivos coletivos;
- **Comportamento e adaptação social:** brinquedos que simulem as atividades de vida diária; jogos de tabuleiro; atividades em grupo com outras crianças; jogos desportivos coletivos.



Os brinquedos têm de ser adaptados às necessidades do seu filho mas também ao seu gosto! Pelo que deve **perceber quais os brinquedos e brincadeiras preferidas, para assegurar o seu prazer e felicidade!**

Elaborado por: Anabela Miranda (estudante de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) sob orientação da Enfermeira

Contatos:

Email:

Brincar com a criança com necessidades especiais



Setembro 2017

O BRINCAR

Brincar é a principal atividade da criança e influencia diretamente o seu desenvolvimento.

Os seus **benefícios** são variados:

- Desenvolve a imaginação e a criatividade;
- Promove competências sociais;
- Desenvolve competências físicas;
- Trabalha as emoções.



As **crianças com necessidades especiais de saúde** têm a mesma vontade de brincar do que as restantes. Poderão, no entanto, não conseguir iniciar e/ou participar em brincadeiras por apresentarem limitações. Desta forma, devem ser encontradas estratégias e **brinquedos adaptados** às suas necessidades.

Para brincar a criança necessita de **tempo, espaço, brinquedos e de parceiros**, mas também que as pessoas ao seu redor reconheçam a importância que o brincar tem na **promoção do desenvolvimento infantil**.



ESTÍMULOS E BRINQUEDOS

1 mês de vida:

- Falar/cantar para o bebé, com voz suave;
- Colocar música calma;
- Móbiles (musicais ou não);
- Caixinhas de música;
- Cadeira de baloiço.



2-6 meses de vida:

- Levar o bebé a passear num carrinho;
- Massajar e falar com o bebé, repetindo os seus sons;
- Objetos coloridos, brilhantes e sonoros;
- Espelhos inquebráveis;
- Animais e bonecos com diferentes texturas.



7-10 meses de vida:

- Fazer caretas para estimular a imitação;
- Repetir palavras simples como “papa e mamã”;
- Ensinar a bater palmas;
- Colocar os brinquedos fora do seu alcance para o estimular a ir buscá-los;
- Brinquedos grandes e brilhantes com partes móveis e que façam ruídos;
- Livros musicais de texturas e com figuras brilhantes;
- Blocos de cores diferentes, caixas ou



copos de encaixar;

- Bolas e puzzles grandes;
- Brinquedos flutuantes, de apertar, de morder, de puxar e empurrar.

1-3 anos de vida:



- Ensinar a construir uma torre com cubos;
- Imitar sons de animais;
- Apontar para as partes do corpo e dizer o respetivo nome;
- Ler histórias de livros ilustrados;
- Brinquedos de puxar/empurrar (camiões, triciclos, bolas e cavalinhos de baloiço);
- Desenhos e pinturas;
- Brinquedos e instrumentos musicais: gravadores e telefones infantis, bonecas e animais que falam;
- Brinquedos que simulem os objetos de uso diário (aspirador, vassoura ou itens de cozinha em miniatura).

3-5 anos de vida:

- Contar histórias mais complexas e representar essas mesmas histórias (teatro);
- Desenhos e pinturas, moldagem (plasticina) e colagens;
- Brincadeiras ao ar livre (andar de triciclo, bicicleta, parques infantis);
- Brinquedos que combinem letras e números.



Apêndice IV:
Folheto: "Ostomia"

CUIDADOS A TER

- Se tem pelos ao redor do estoma, use tesoura para os cortar e evite utilizar lâminas de barbear, para não lesar a pele;
- Não utilize álcool, desinfetantes, desodorizantes ou perfumes na pele ao redor do estoma, para não a lesar;
- Pode tomar banho com ou sem saco;
- Tenha uma dieta variada e saudável, evitando as gorduras e os fritos ou alimentos que produzam gases (álcool, refrigerantes, cebola, pepino, cogumelos, feijão, grão, castanhas, vegetais como repolho, brócolos, couve, ovos, alho, espargos, ervilhas);
- Use roupa confortável e que não comprima a região ao redor do estoma;
- Evite uma vida sedentária, faça exercício físico, passeie e divirta-se!



CONTATOS ÚTEIS

Contate a USF em caso de alguma dúvida.
Outros contatos úteis:

- Associação Portuguesa de Ostomizados:
21 859 60 54 ou 308 803 044
- Liga de Ostomizados de Portugal:
22 830 05 25

Elaborado por: Anabela Miranda (estudante de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) sob orientação da Enfermeira

Contatos:

Email:

Web Site:

Ostomia



setembro 2017

OSTOMIA

A ostomia é uma intervenção cirúrgica que permite criar uma ligação entre um órgão interno e o exterior. O **estoma** é o orifício originado, que tem como objetivo eliminar resíduos do organismo.

TIPOS DE OSTOMIA

- **Colostomia:** ligação de porção do colón (intestino grosso) à parede abdominal, que permite a saída de fezes sólidas e consistentes;
- **Ileostomia:** ligação de porção do íleo (intestino delgado) à parede abdominal, que permite a saída de fezes líquidas.

CARACTERÍSTICAS

O estoma, em ambas as ostomias, é de **cor vermelha**, parecido ao interior dos lábios. Após a cirurgia poderá ficar edemaciado, mas reduz nos primeiros meses.



TIPOS DE DISPOSITIVOS

- **Sistema de peça única:** é um saco que adere à pele. Ao mudar, o sistema é retirado com um todo;



- **Sistema de duas peças:** constituído por dois componentes, um saco e uma placa protetor que adere à pele. O saco pode ser trocado sempre que necessário, mas a placa pode permanecer até cerca de 3 dias. Estes dois componentes encaixam-se, um no outro, através de um aro de plástico.

COLOCAÇÃO

- Retire todos os resíduos, lavando suavemente a pele ao redor do estoma, com uma esponja suave, sabão com ph neutro e água tépida;
- Seque bem, sem friccionar, o estoma e a pele ao seu redor;
- Meça o diâmetro do estoma, com um medidor de estomas;



- Prepare o dispositivo: desenhe no papel de proteção da placa a forma do estoma, recortando-o depois com uma tesoura de extremidades curvas;
- Destaque o papel de proteção da placa e aplique de baixo para cima;



- Adapte mais facilmente a placa com a ajuda do calor das mãos, mantendo uma leve pressão sobre a placa, durante cerca de 1 minuto;



- Se utilizar um sistema de duas peças: após a adaptação da placa, coloque o aro do saco sobre o aro da placa, até ambos estarem firmemente encaixados.



Apêndice V:

Dossier Temático - O brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Dossier Temático

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2017

ÍNDICE

| | |
|---|---|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| 1. ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE O BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE | 4 |
| BIBLIOGRAFIA | 5 |
| 2. ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE O BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS A UTILIZAR | 7 |
| BIBLIOGRAFIA | 8 |

INTRODUÇÃO

O presente *Dossier* temático surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório pertencente ao 3º semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este apresenta dois volumes: o primeiro intitula-se de “O brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde” e o segundo “O brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde: brinquedos e brincadeiras a utilizar”. Ambos têm como objetivos: realçar a importância desta temática, relembrar conceitos, organizar e disponibilizar a informação para posterior consulta

Este *dossier* é composto por artigos científicos pesquisados em bases de dados eletrónicas.

1. ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE O BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

1.1 Familiares de crianças com deficiência: percepções sobre atividades lúdicas na reabilitação

1.2 Crianças com cegueira e baixa visão: o brincar na perspectiva histórico-cultural

1.3 Metodologias de intervenção do terapeuta ocupacional em contexto escolar com crianças com necessidades educativas especiais em Portugal

1.4 Brinquedoteca: ambiente de (re)aprendizagem

1.5 A importância da ludicidade na infância e o desenvolvimento integral da criança

1.6 A criança com deficiência visual em situações de brincadeiras na educação infantil

1.7 Interação entre crianças com deficiência visual em grupos de brincadeira

1.8 Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança

1.9 Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores

1.10 Activities and participation in children with development coordination disorder: a systematic review

1.11 A importância do brincar no desenvolvimento psicomotor: relato de experiência

1.12 A second look at the play of young children with disabilities

1.13 The home play of toddlers with disabilities: contexts and maternal perspectives

1.14 O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral

1.15 A criança com deficiência e as relações interpessoais numa brinquedoteca comunitária

BIBLIOGRAFIA

- Albarran, P., Cruz, E., & Silva, D. (2016). Crianças com cegueira e baixa visão: o brincar na perspectiva histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 199-210;
- Bataglion, G., & Marinho, A. (2016). Familiares de crianças com deficiência: percepções sobre atividades lúdicas na reabilitação. *Ciências & Saúde Colectiva*, 21(10), 3101-3110;
- Buchanan, M. (2009). The home play of toddlers with disabilities: contexts and maternal perspectives. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(3), 263-283;
- Buchanan, M., & Johnson, T. (2009). A second look at the play of young children with disabilities. *American Journal of Play*, 2(1), 41-59;
- Caldeira, V., & Oliver, F. (2007). A criança com deficiência e as relações interpessoais numa brinquedoteca comunitária. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(2), 98-110.
- Corneto, N. (2016). A importância da ludicidade na infância e o desenvolvimento integral da criança. *Colloquium Humanarum*, 12(3), 86-96;
- Ferreira, N., Esmeraldo, J., Blake, M., Antão, J., Raimundo, R., & Abreu, L. (2014). Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. *Journal of Human Growth and Development*, 24(2), 188-194;
- Magalhães, L., Cardoso, A., & Missiuna, C. (2011). Activities and participation in children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Research in developmental disabilities*, 32(4), 1309-1316;
- Magnani, E., & Branco, B. (2016). Brinquedoteca: ambiente de (re) aprendizagem. *Revista UniFamma*, 21, 1-19;
- Maia, A., Santana, M., & Pestana, S. (2016). Metodologias de intervenção do terapeuta ocupacional em contexto escolar com crianças com necessidades educativas especiais em Portugal. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 24(4), 681-693;
- Rocha, K., & Garrutti-Lourenço, E. (2015). A criança com deficiência visual em situações de brincadeiras na educação infantil. *Revista Educação Especial*, 28(52), 339-349;

- Ruiz, L., & Batista, C. (2014). Interação entre crianças com deficiência visual em grupos de brincadeira. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20(2), 209-222;
- Scalha, T., Souza, V., Boffi, T., & Carvalho, A. (2010). A importância do brincar no desenvolvimento psicomotor: relato de experiência. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(2), 79-92;
- Souza, B., & Mitre, R. (2009). O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 195-201;
- Zaguini, C., Bianchin, M., Junior, R., & Chueire, R. (2016). Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores. *Acta fisiátrica*, 18(4), 187-191.

2. ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE O BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS A UTILIZAR

- 1.1 Relations between playing activities and fine motor development**
- 1.2 Children and augmentative or alternative communication system (AACs). A perceptive vision of the role played by families and professionals**
- 1.3 Assistive and adaptive technology in cerebral palsy**
- 1.4 The role of augmentative and alternative communication for children with autism: current status and future trends**
- 1.5 Análise do potencial comunicativo de crianças com multideficiência em atividades do brincar**
- 1.6 Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas**
- 1.7 Effective early childhood care and education: successful approaches and didactic strategies for fostering child development**
- 1.8 The Benefits of Playing Video Games**
- 1.9 Effectiveness of adaptive pretend play on affective expression and imagination of children with cerebral palsy**
- 1.10 Early Puzzle Play: a predictor of preschoolers' spatial transformation skill**
- 1.11 Brinquedos adaptados para crianças com paralisia cerebral**
- 1.12 Usability of playgrounds for children with different abilities**
- 1.13 Effects of ordinary and adaptive toys on pre-school children with development disabilities**
- 1.14 O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades**

BIBLIOGRAFIA

- Alcântara, P., Wogel, A., Rossi, M., Neves, I., Sabates, A., & Puggina, A. (2016). Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(4), 432-438;
- Burger, K. (2014). Effective early childhood care and education: successful approaches and didactic strategies for fostering child development. *European Early Childhood Education Research Journal*, 23(5), 743-760;
- García, M., Madrid, D., & Galante, R. (2017). Children and augmentative or alternative communication system (AACs). A perceptive vision of the role played by families and professionals. *Annals of Psychology*, 33(2), 334-341;
- Gomes, C., Silva, D., Amaral, I., Monteiro, F., Gomes, A., & Truta, L. Análise do potencial comunicativo de crianças com multideficiência em atividades do brincar. *Revista Portuguesa de terapia da Fala*, 6, 46-50;
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66-78;
- Hsieh, H. (2012). Effectiveness of adaptive pretend play on affective expression and imagination of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1975-1983;
- Hsieh, H. (2008). Effects of ordinary and adaptive toys on pre-school children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29(5), 459-466;
- Hueara, L., Souza, C., Batista, C., Melgaço, M., & Tavares, F. (2006). O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 12(3), 351-368;
- Iacono, T., Trembath, D., & Erickson, S. (2016). The role of augmentative and alternative communication for children with autism: current status and future trends. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2349- 2361;
- Levine, S., Ratliff, K., Huttenlocher, J., & Cannon, J. (2012). Early puzzle play: a predictor of preschoolers' spatial transformation skill. *Developmental Psychology*, 48(2), 530-542;
- Oliveira, A., Paixão, G., & Cavalcante, M. (2009). Brinquedos adaptados para crianças com paralisia cerebral. *Revista do Nufen*, 1(1), 171-186;

- Prellwitz, M., & Skär, L. (2007). Usability of playgrounds for children with different abilities. *Occupational therapy international*, 14(3), 144-155;
- Ramirez, A., Saturno, C., Conte, M., Silva, J., Farhat, M., Savall, A., & Piucco, E. (2016). Assistive and adaptive technology in cerebral palsy. *Behaviour & Information Technology*, 34(6), 173-189;
- Suggate, S., Stoeger, H., & Pufke, E. (2017). Relations between playing activities and fine motor development. *Early Child Development and Care*, 187(8), 1297-1310.

Apêndice VI:

Norma: *Kit do brincar*



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Norma: *Kit* do brincar

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2017

1. Objetivos

Promover o desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde;

Potencializar o processo de reabilitação da criança com necessidades especiais de saúde.

2. Âmbito

Pode ser utilizado por todos os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Reabilitação Pediátrica

3. Introdução/Background

Resultante do progresso das condições socioeconómicas dos portugueses, mas também das reformas globais na saúde, com intervenção específica na área da Saúde Infantil e Pediatria (Machado, Alves & Couceiro, 2011), a taxa de mortalidade infantil reduziu de 77,5%, em 1960, para 3,19%, em 2016 (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

No entanto, como refere Malheiro (2015, p. 1), “os avanços tecnológicos, assim como o crescente desenvolvimento dos conhecimentos na área da saúde infantil, contribuíram, por um lado, para um aumento da esperança de vida de crianças cuja sobrevivência era pouco provável num passado recente, por outro, para que a taxa de morbilidade infantil tenha aumentado e um número significativo destas crianças apresente necessidades especiais”.

As crianças com necessidades especiais de saúde (CNES) são crianças que exigem cuidados especiais de saúde, de forma temporária ou permanente, com múltiplos diagnósticos e dependência frequente dos serviços de saúde, assim como de diversos profissionais, devido à sua fragilidade e vulnerabilidade (Silveira & Neves, 2012). Para os mesmos autores, estes cuidados especiais de saúde, decorrentes de doença crónica, exigem por vezes internamentos longos, medicações especiais, dietas específicas e até mesmo de dispositivos de saúde ou de tecnologia diversificada, para suprimir as necessidades existentes.

As limitações inerentes à condição física das CNES, assim como, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem condicionar a sua participação em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento físico, emocional e social (Tavares & Paiva, 1999). Brincar é

essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014).

Para Vygotsky (2006), a brincadeira é a principal atividade da criança e influencia diretamente o seu desenvolvimento, visto que a brincadeira cria zonas de desenvolvimento proximal, permitindo criar saltos qualitativos no desenvolvimento e na aprendizagem infantil. Tanto para Vygotsky como para Piaget, o desenvolvimento não é linear, mas evolutivo; isto é, a criança ao brincar desenvolve capacidades e dificilmente as perde (Cordazzo & Vieira, 2007).

A atividade lúdica promove o desenvolvimento infantil, seja ele cognitivo, motor, social ou afetivo, e além disso, ao brincar, as crianças estimulam a sua criatividade, autoconfiança, autonomia e curiosidade pelas brincadeiras e brinquedos, adquirindo novos conhecimentos e habilidades (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Como referem Niehues e Niehues (2014), a criança ao brincar desenvolve as suas habilidades motoras, ganhando mais autonomia nas atividades a executar, adquirindo maior tônus muscular, amplitude articular e massa muscular. No entanto, o intuito principal no brincar é que a criança se descubra, adquirindo experiências e construindo a sua identidade.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) emana orientações para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, com igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças, e reforça a importância dos cuidados antecipatórios, dando aos pais os conhecimentos necessários para a maximização do potencial de saúde do seu filho (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Com o principal objetivo de incentivar a utilização do brincar nas intervenções de enfermagem, promovendo o desenvolvimento infantil e potencializando o processo de reabilitação, foi criado um “Kit do Brincar”. O “Kit do Brincar” é composto por diversos brinquedos adaptados a cada etapa do desenvolvimento e orientações para a sua utilização.

No sentido de adequar o brinquedo às necessidades da criança considera-se fundamental avaliar o desenvolvimento de cada criança previamente à utilização do *kit* e assim maximizar o seu potencial de desenvolvimento.

3.1. Constituição do “Kit do Brincar”

- Roca;
- Caixa de música;
- Brinquedos com espelhos inquebráveis;
- Brinquedos de diferentes texturas;
- Bolas coloridas;
- Cd’s com músicas infantil e de relaxamento para bebês;
- Blocos de cores diferentes e caixas ou copos de encaixar;
- Puzzles grandes;
- Fantoches;
- Folhas e lápis de cor;
- Desenhos para colorir;
- Bolas de sabão;
- Língua da sogra;
- Livros com histórias;
- Palavras cruzadas;
- Sudoku;
- Puzzle;
- Cd’s com jogos de memória, cartas e/ou estratégia.

3.2. Execução

- Utilização do “Kit do Brincar” durante as intervenções de enfermagem;
- Avaliação do desenvolvimento da criança, através da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (anexo 1), e escolher os brinquedos adequados à etapa de desenvolvimento (apêndice 1 e apêndice 2), às suas capacidades e ao gosto da criança;
- Avaliação do comportamento da criança/jovem e família durante a intervenção com o “Kit do Brincar”;
- Envolvimento da família neste processo, explicando-lhe os benefícios do brincar no desenvolvimento infantil e no processo de reabilitação;
- Explicação à criança/jovem e família sobre os brinquedos existentes e a sua manipulação;
- Validação da informação fornecida e supervisão da intervenção;

- Realizar registos de enfermagem que descrevam as intervenções de enfermagem executadas, o comportamento e reação da criança/jovem e família durante as mesmas e a avaliação após intervenção de enfermagem e utilização do “Kit do Brincar”;
- Realização da desinfeção dos brinquedos após utilização.

Referências bibliográficas

- Instituto Nacional de Estatística -
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001389&contexto=bd&selTab=tab2 Acedido em: 26 de junho de 2017;
- Cordazzo, S., & Vieira, M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7 (1), 92-104;
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- Machado, M., Alves, M., & Couceiro, M. (2011). Saúde infantil e juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 195-204;
- Malheiro, M. (2015). *Efeitos de um programa de educação para a autogestão em jovens com spina bífida: desafios para a enfermagem*. Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa;
- Niehues, J., & Niehues, M. (2014). Educação inclusiva de crianças com deficiência física: importância da fisioterapia no ambiente escolar. *Revista Neurociências*, 22 (1), 113-120;
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.) Porto Alegre: Artmed;
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- Silveira, A., & Neves, E. (2012). Crianças com necessidades especiais de saúde e o cuidado familiar de preservação. *Ciência, cuidado e saúde*, 11(1), 74-80;
- Tavares, A., & Paiva, T. (1999). "Eu também quero brincar". In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 45-47). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;

Apêndices

APÊNDICE 1 – Constituição do “*Kit do Brincar*”

| Brinquedos | 0-1 | 1-3 | 3-6 | 6-12 | 12-18 |
|---|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Roca | | | | | |
| Caixa de música | | | | | |
| Brinquedos com espelhos inquebráveis | | | | | |
| Brinquedos de diferentes texturas | | | | | |
| Bolas coloridas | | | | | |
| Cd's com músicas de relaxamento para bebês e músicas infantis | | | | | |
| Blocos de várias cores e caixas/copos de encaixar | | | | | |
| Puzzles grandes | | | | | |
| Fantoches | | | | | |
| Folhas e lápis de cor | | | | | |
| Pintar livros para colorir | | | | | |
| Bolas de sabão | | | | | |
| Língua da sogra | | | | | |
| Livros com histórias | | | | | |
| Palavras cruzadas | | | | | |
| Sudoku | | | | | |
| Puzzle | | | | | |
| Cd's com jogos de memória, cartas e/ou estratégia | | | | | |

APÊNDICE 2 – Exemplos de brinquedos e atividades promotoras do desenvolvimento

| Sistema ESAR (sistema de classificação e análise de brinquedos e jogos) | | Exemplos de brinquedos | Atividades promotoras do desenvolvimento |
|--|--|--|---|
| <p>Jogos de Exercício (0-2 anos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimulam a observação da criança em relação aos objetos e, conseqüentemente, à sua manipulação, dando-lhe conhecimentos sobre o ambiente através dos sentidos. | <p>Jogo sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditivo; • Visual; • Tátil; • Olfativo; • Gustativo. | Mobile com cores fortes | Pendurar o mobile na cama ou na cadeirinha, a uma distância que permita ao bebê, tocar e brincar com os bonecos que ficam pendentes. |
| | | Caixa de música ou cd's de músicas de relaxamento para bebês | Num ambiente calmo, colocar a caixa de música ou os cd's a tocar e observar a reação do bebê. |
| | | Roca | Oferecer ao bebê a roca, mostrando-lhe como executar o movimento para originar som e observar a sua reação. |
| | | Brinquedos ou tapete de diferentes texturas | Deitar a criança em decúbito ventral, permitindo que toque nas diferentes texturas do tapete e incentivá-lo a deslocar-se e a rebolar. Oferecer brinquedos de diferentes texturas e colocá-los em sítios |

| | | | |
|--|---------------------|--------------------------------------|---|
| | | | afastados de forma a incentivar a sua deslocação e posicionamentos diferentes. |
| | | Brinquedos com espelhos inquebráveis | Oferecer brinquedos com espelhos inquebráveis que permitam ao bebé observar e reconhecer o seu corpo. |
| | Jogo motor | Dançar | Ouvir músicas infantis e dançar com a criança, permitindo que esta salte e rodopie. |
| | | Jogar às escondidas | Jogar às escondidas, dando a oportunidade à criança de contar até 10, ou mais se possível, e permitir que esta o encontre, trocando posteriormente de posição, sendo a criança a esconder-se. |
| | Jogo de manipulação | Bolas coloridas | Oferecer à criança bolas de diferentes tamanhos e cores, para que esta atire a bola e a segure. |
| | | Língua da sogra ou bolas de sabão | Ensinar à criança como soprar e mostrar a língua da sogra para esta a utilizar. Soprar formando bolas de |

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|
| | | | sabão e permitir que a criança as tente agarrar. |
| | | Folhas e lápis para colorir | Permitir que a criança rabisque e desenhe à sua vontade ou pedindo-lhe objetos mais específicos como o sol, a nuvem ou uma casa. |
| <p>Jogos simbólicos (2-6 anos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representação de um objeto por outro, a criança satisfaz as suas necessidades experimentando diferentes papéis existentes na sociedade. | Jogo do faz-de-conta | Bonecas e peluches | Permitir à criança imaginar que está a tomar conta de um bebé (boneca), dando-lhe de comer, mudar a fralda ou vestir/despir. |
| | | Material doméstico em miniatura | Possibilitar que a criança possa “cozinhar” ou “limpar” a casa, com material doméstico em miniatura, e que esta verbalize os materiais que está a utilizar. |
| | Jogo de desempenho de papéis | Fantoches | Construir fantoches e representar a história “Os três porquinhos” (apêndice 3). |
| | Jogos de representação | Livro para colorir | Permitir que a criança pinte os desenhos, com várias cores, questionando quais as que está a utilizar e qual o desenho/imagem que está a colorir. |
| Jogos de | Jogos de | Puzzles | Oferecer à criança as |

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <p>acoplagem (4-10 anos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jogos de construção, de encaixe; uma forma de combinar vários elementos num todo, para obter um fim. | ordenação | | peças do puzzle e ajudá-la na construção do mesmo, dando-lhe dicas de formas ou cores que sejam coincidentes e que permitam a construção do puzzle final. |
| | Jogos de construção artística | Folha de papel | <p>Construir um avião utilizando apenas uma folha de papel (apêndice 4), com a ajuda da criança.</p> <p>Construir um barco, utilizando apenas uma folha de papel (apêndice 5), com a ajuda da criança.</p> |
| <p>Jogos de regras (7-18 anos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diretamente ligado à ação e vulgarmente com uso de objetos e acessórios bem definidos. Em oposição aos outros jogos, que o seu uso tem tendência a atenuar, estes subsistem, desenvolvendo- | Jogo de teatro | Teatro “A Capuchinho Vermelho” | Construir o cenário e os trajes das personagens da história “A Capuchinho Vermelho” (apêndice 6). |
| | Jogo de loto | Loto | Permitir que a criança jogue o loto, repetindo os números que irão saindo e riscando os números que serão iguais no seu papel. |
| | Jogo do dominó | Dominó | Distribuir as peças do dominó e ajudar a criança a identificar as peças em que uma das metades, é igual à peça existente em jogo, de forma a associar-se à mesma. |

| | | | |
|--|---------------------|-------------------|---|
| <p>se na fase da adolescência e idade adulta, tornando-se cada vez mais elaborados e complexos. Deste modo, estes jogos dividem-se em jogos de regras simples e jogos de regras complexas.</p> | Jogo de matemática | Sudoku | Oferecer à criança um sudoku e ajudá-la a encontrar o lugar certo para inserir um número de 1 a 9, de modo a que ele não se repita na mesma linha, na mesma coluna ou no mesmo quadrado. |
| | Jogo de vocabulário | Palavras-cruzadas | Ajudar a criança a responder às perguntas ou frases que se associam a uma palavra específica, conseguindo desvendar as palavras em falta. |
| | Jogos desportivos | Futebol | Organizar as crianças por duas equipas e elaborar um campo com duas balizas, sendo o objetivo marcar golo na baliza da equipa adversária. |
| | | Jogo do “Mata” | Organizar as crianças por duas equipas e construir dois meios campos para cada uma das delas. O objetivo é eliminar os elementos da equipa adversária, atingindo-os com uma bola, atirando-a com as mãos. |

APÊNDICE 3 – História “Os três porquinhos”

Narrador: Era uma vez, três irmãos porquinhos, o Linguíça , o Salsicha e o Torresmo, que viviam na floresta com a sua mãe. A vida para eles era uma alegria. Mas um dia, como já estavam muito crescidos, decidiram ir viver cada um em sua casa. A mãe concordou, mas avisou-os para terem cuidado com o Lobo mau que também vivia na floresta. Os três porquinhos foram à procura de um bom lugar para construir as suas casas. O Linguíça, como era o mais novo e já estava cansado de procurar, encontrou palhas secas pelo caminho e resolveu construir a sua casa ali mesmo.

Linguíça: Vou construir a minha casa com palha, assim acabo mais rápido e terei muito tempo para brincar e cantar.

Narrador: O Salsicha e o Torresmo continuaram a procurar um lugar e materiais para construir a sua casa. Pelo caminho, o Salsicha encontrou um monte de pedaços de madeira e teve logo uma ideia.

Salsicha: Vou fazer a minha casa de madeira, pois quero ter uma casa mais confortável e ainda tenho tempo de ir brincar.

Narrador: O Torresmo como era o mais velho dos irmãos, era mais preocupado e responsável. Assim continuou a procurar um bom lugar para construir a sua casa.

Torresmo: Quero uma casa sólida e segura, por isso vou fazê-la de tijolos.

Narrador: O torresmo demorou muito tempo para acabar de construir a sua casa, e não conseguiu ir brincar com os seus dois irmãos. Um dia andavam os três porquinhos a saltar, muito divertidos, quando aparece o lobo mau.

Lobo Mau: Olá! Vejo três deliciosos porquinhos à minha frente.

Narrador: Ao verem o lobo mau, os três porquinhos fugiram, cada um para a sua casa. O lobo, que estava cheio de fome, chegou ao pé da casa do porquinho mais novo.

Lobo Mau: Cheira-me a porquinho! Sai daí que eu vou-te comer!

Linguiça: Vai-te embora! Eu não vou abrir a porta!

Lobo Mau: Se não saíres, deito a tua casa de palha abaixo...

Linguiça: Não vou abrir! Aqui dentro estou seguro!

Narrador: Ao olhar para a casa de palha à sua frente, o Lobo Mau soprou tão forte, que fez a casinha ir pelo ar! O Linguiça assustado correu para a casa do Salsicha, que era uma casa de madeira. Quando o lobo lá chegou, gritou novamente.

Lobo Mau: Cheira-me a porquinho! E eu estou com tanta fome que vos vou comer aos dois.

Salsicha: Vai-te embora! Não vamos abrir a porta!

Lobo Mau: Se não saírem, deito a casa de madeira abaixo...

Salsicha: Não vamos abrir! Aqui dentro estamos seguros!

Narrador: E com dois sopros, conseguiu deitar a casa de madeira abaixo. Os dois porquinhos mais novos correram então, apavorados, para a casa de tijolo do irmão mais velho, o Torresmo. O lobo correu atrás deles.

Lobo Mau: Cheira-me a porquinho! E mais fome não vou eu ter, pois apanhei três porquinhos para comer!

Torresmo: Vai-te embora! Não vamos abrir a porta!

Lobo Mau: Se não saírem, deito a casa de tijolo abaixo...

Torresmo: Não vamos abrir! Aqui dentro estamos seguros!

Narrador: Então o Lobo Mau encheu o peito de ar e soprou com toda a força que tinha, mas a casa de tijolos não se mexeu. Aliviados, os três porquinhos saltaram de contentes. Mas o lobo não desistiu.

Lobo Mau: Não consegui deitar a casa de tijolos abaixo nem derrubar a porta mas eu tenho outra ideia... esperem que já vão ver!

Narrador: Então o Lobo começou a subir o telhado, em direção à chaminé. Os porquinhos mais novos ficaram aflitos mas o mais velho, que era muito esperto, colocou no fogão, por baixo da chaminé, um grande caldeirão de água a ferver.

Lobo Mau: Vou entrar pela chaminé.

Narrador: O lobo, ao entrar pela chaminé, caiu no caldeirão de água quente e queimou o rabo, fugindo o mais rápido que podia para o meio da floresta.

Linguixa: Obrigado Torresmo! Que bela ideia!

Salsicha: O Lobo nunca mais vai voltar!

Linguixa: Eu e o Salsicha devíamos ter-nos preocupado mais em construir uma casa resistente do que em ir brincar.

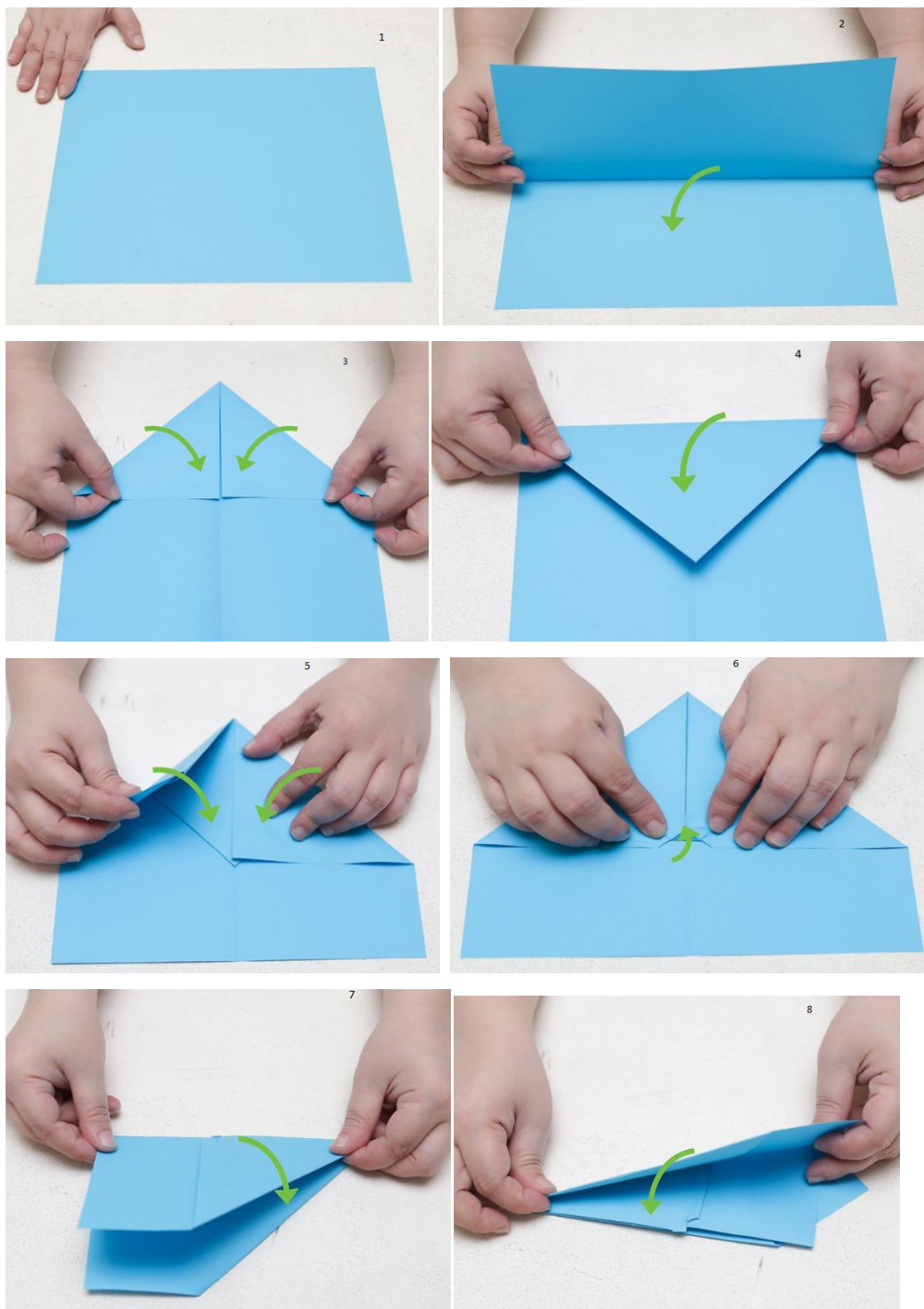
Torresmo: Espero que tenham aprendido a lição.

Narrador: Os três porquinhos foram então brincar e começaram a cantar.

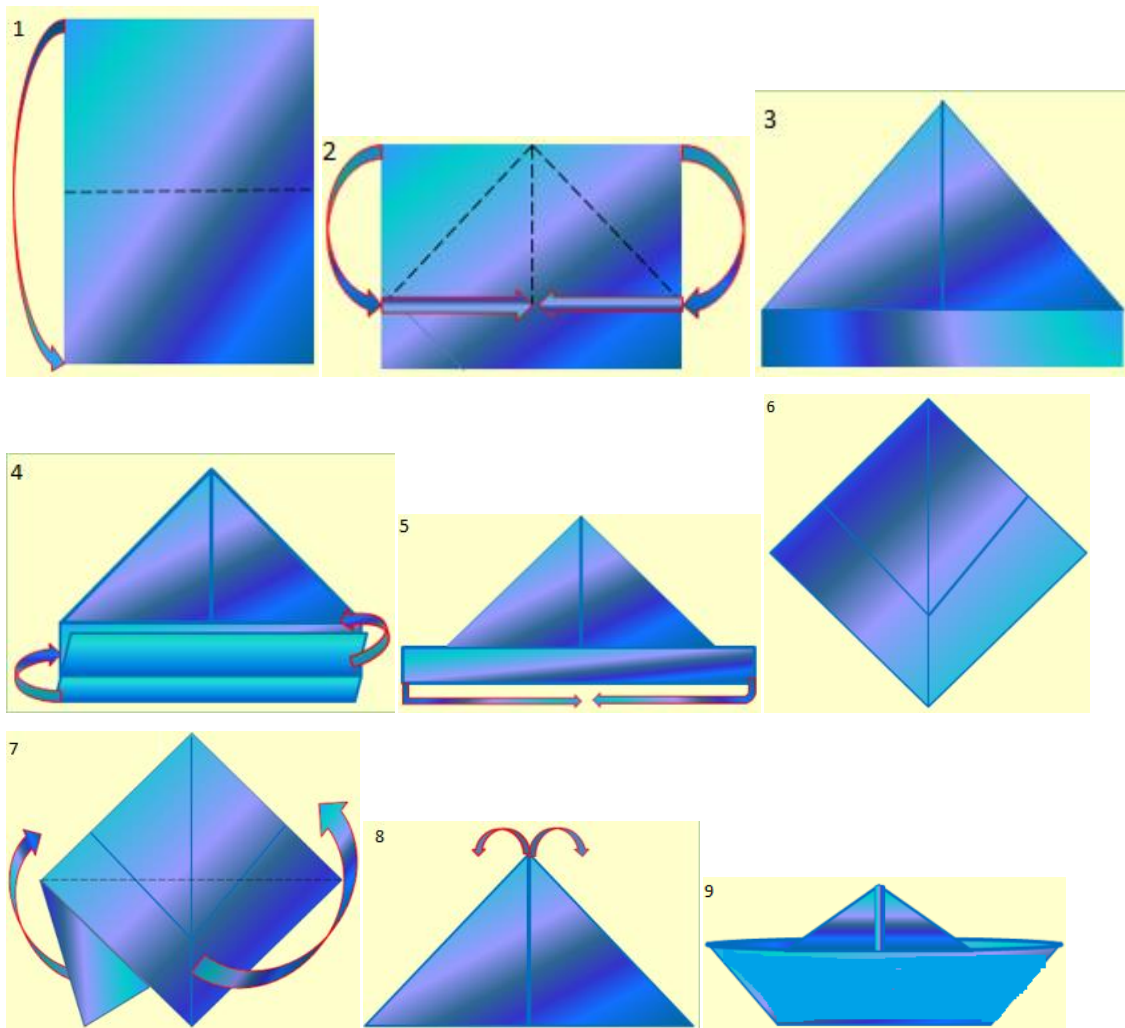
Torresmo, Salsicha e Linguixa: "Quem tem medo do lobo mau, lobo mau, lobo mau. Quem tem medo do lobo mau, lobo mau, lobo mau.

Narrador: Sem o Lobo Mau a incomodar, os três porquinhos viveram felizes para sempre.

APÊNDICE 4 – Como construir um avião de papel



APÊNDICE 5 – Como construir um barco de papel



APÊNDICE 6 – História “A Capuchinho vermelho”

Narrador: Era uma vez uma linda menina que vivia numa aldeia do bosque e de quem todos gostavam muito por ser muito boa e simpática. Um dia a mãe fez-lhe um capucho vermelho para ela levar para a escola. No trajeto e como era hábito, a menina cumprimentava os animaizinhos, pois conhecia-os e era amiga de todos.

Capuchinho: Olá Sra. Coelho. Olá Sr. Esquilo.

Animais do bosque: Olá! Que linda que estás! Esse capucho vermelho fica-te muito bem! Vamos começar a chamar-te por Capuchinho Vermelho.

Narrador: Um dia a mãe chamou-a e pediu-lhe um favor.

Mãe: Tens aqui uma cesta com bolos e um pote de mel para levares à avozinha que não anda muito bem de saúde. Toma cuidado, não te detenhas no caminho e não fales com desconhecidos.

Capuchinho: Podes ficar descansada, mãezinha, farei como dizes.

Narrador: Ia ela muito contente quando, a certa altura, encontrou um lobo. Este, com uma voz muito melada, disse-lhe:

Lobo: Olá, bela Capuchinho! Nem imaginas como desejava conhecer-te.

Narrador: A menina ao ouvir isto ficou muito surpreendida, pois achou que o lobo não era tão feroz como toda a gente dizia. Apesar disso, lembrou-se do aviso da sua mãe.

Capuchinho: Ó senhor lobo desculpe-me mas a minha mãe proibiu-me de falar com desconhecidos.

Lobo: Desconhecido, eu? Sou a mais popular de todas as criaturas do bosque, não deves fazer caso do que dizem. Isso é treta das más línguas. Onde vais com essa cesta?

Capuchinho: Vou ver a minha avozinha que está doente e levar-lhe bolos e um pote de mel.

Lobo: E onde vive a tua avozinha?

Capuchinho: Vive para lá do moinho, numa casa à beira do lago, junto a uma grande árvore.

Narrador: O lobo já com água na boca pensou:

Lobo: “Que maravilha de petiscos, devem ser tão bons, tenho que me apoderar de ambas”

Narrador: Assim, acompanhou Capuchinho e a certa altura disse-lhe:

Lobo: Penso que também eu deveria visitar a tua avozinha, uma vez que ela está tão adoentada, não te parece?

Capuchinho: Sim, sim, acho que ela ficaria muito contente.

Lobo: Olha, tu vais por este caminho e eu vou por aquele. Veremos quem chega primeiro

Capuchinho: Está bem.

Lobo: “Como eu sou esperto e como foi fácil convencê-la, ela vai pelo caminho mais distante e assim eu terei tempo de chegar antes.”

Narrador: O lobo correu então em direção à casa da avó de Capuchinho Vermelho. Uma vez lá chegado bateu à porta.

Avozinha: Quem é?

Lobo: É o Capuchinho Vermelho, trago-lhe bolos e um pote de mel; abra a porta por favor.

Avozinha: Entra, minha netinha, a porta está só no trinco.

Narrador: O lobo abriu a porta e sem dizer nada foi ao quarto da avozinha e comeu-a. A seguir vestiu as suas roupas, enfiou a touca, colocou no nariz os óculos da avozinha e meteu-se dentro da cama, cobrindo-se com uma manta. Capuchinho, depois de muito caminhar, pois viera pelo caminho mais longo, chegou finalmente a casa da avó e ficou muito surpreendida por encontrar a porta aberta.

Capuchinho: Está alguém em casa?

Narrador: Como ninguém lhe respondeu, dirigiu-se ao quarto e aproximando-se da cama, não reconheceu o lobo, pois ele estava disfarçado com as roupas da avozinha. Notou contudo, que havia algo diferente.

Capuchinho: Avozinha estás com umas orelhas tão grandes!

Lobo: São para te ouvir melhor.

Capuchinho: E tens uns olhos tão grandes!

Lobo: São para te ver melhor.

Capuchinho: E os teus braços são tão grandes!

Lobo: São para te abraçar melhor.

Capuchinho: E tens uma boca tão grande!

Lobo: É para te comer melhor!

Narrador: E nisto o lobo saltou da cama e engoliu a pobre Capuchinho Vermelho, que nem teve tempo de ter medo. Voltou depois a deitar-se e adormeceu profundamente, ressonando muito alto. Um caçador que por ali passava, ouviu todo aquele barulho.

Caçador: Esta velhinha não ressonava desta maneira! Vou ver o que se passa.

Narrador: Entrou no quarto e deparou-se com o lobo a dormir profundamente.

Caçador: Até que enfim, que te encontrei. Procuro-te há tanto tempo!

Narrador: E quando ia a pegar na arma lembrou-se que o malvado podia ter comido a avó e que talvez ainda a pudesse salvar. Pegou na faca e... zás, abriu-lhe a barriga e de lá saiu Capuchinho Vermelho. Logo a seguir saiu a avozinha, ainda com vida mas respirando com muita dificuldade. Depois de contarem ao caçador o que se tinha passado, Capuchinho saiu a correr e foi apanhar pedras, encheu com elas a barriga do lobo e a avó coseu a pele.

O lobo, quando acordou e viu o caçador, fugiu a correr em direção ao lago, e quando se atirou à água para fugir a nado, com o peso das pedras foi parar ao fundo e afogou-se.

Avozinha: Capuchinho, vai à dispensa e arranja alguma coisa para o lanche do nosso salvador.

Caçador: Obrigado pelo lanche avozinha. Vamos, Capuchinho, vou acompanhar-te a casa, não vá andar por aí outro lobo malvado.

Narrador: Ao chegarem a casa, Capuchinho Vermelho contou à mãe todas as peripécias que lhe tinham acontecido, pedindo-lhe desculpa por ter desobedecido às suas recomendações e prometendo nunca mais o voltar a fazer.

Anexos

ANEXO 1 - Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada

| | 4 – 6 Semanas | 3 Meses | 6 Meses | 9 Meses | 12 Meses |
|---|--|--|---|---|---|
| Postura e Motricidade Global (PMG) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral - levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - a cabeça cai. <input type="checkbox"/> Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal direita. <input type="checkbox"/> De pé - flete os joelhos, não faz apoio. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado. <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado. <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos. |
| Visão e Motricidade Fina (VMF) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mãos abertas - juntas na linha média e brinca com elas. <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. <input type="checkbox"/> Convergência. <input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem preensão palmar. <input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca. <input type="checkbox"/> Transfere objetos. <input type="checkbox"/> Se o objeto cai esquece-o imediatamente. <input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal). | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação. <input type="checkbox"/> Leva tudo à boca. <input type="checkbox"/> Aponta com o indicador. <input type="checkbox"/> Faz pinça. <input type="checkbox"/> Atira os objetos ao chão deliberadamente. <input type="checkbox"/> Procura o objecto que caiu ao chão. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. <input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido. <input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe. |
| | 4 – 6 Semanas | 3 Meses | 6 Meses | 9 Meses | 12 Meses |
| Audição e Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido. <input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. <input type="checkbox"/> Dá gargalhadas. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe. <input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. <input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. <input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se. <input type="checkbox"/> <i>Jargon</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). <input type="checkbox"/> Compreende ordens simples "dá, cá e adeus": |
| Comportamento e Adaptação Social | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta. <input type="checkbox"/> Sorriso presente às 6 semanas. <input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sorri. <input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muito ativo, atento e curioso. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca. <input type="checkbox"/> Mastiga. <input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda. <input type="checkbox"/> Segura a colher mas não usa. <input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços. <input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto. <input type="checkbox"/> Demonstra afeto. |

| | 18 Meses | 2 Anos | 3 Anos | 4 Anos | 5 Anos |
|-----------------------------------|---|--|---|---|---|
| Postura Motricidade Global | <input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão. | <input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. | <input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau. | <input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé. | <input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé. |
| Visão motricidade fina | <input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. | <input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Limita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez. | <input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Limita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – limita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). | <input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas. | <input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores. |
| Audição linguagem | <input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. | <input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. <input type="checkbox"/> Nomeia objetos. | <input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. | <input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis. | <input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons. |

| | 18 Meses | 2 Anos | 3 Anos | 4 Anos | 5 Anos |
|---|--|---|--|---|---|
| Comportamento e Adaptação Social | <input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Exige muita atenção. Indica necessidade de ir ao wc. <input type="checkbox"/> Começa a copiar atividades domésticas. | <input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. | <input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo. | <input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez. | <input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo. |

Apêndice VII:
Guia Orientador de Boa Prática
(Urgência Pediátrica)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Guia Orientador de Boa Prática

**Brincar na promoção do
desenvolvimento da criança com
necessidades especiais de saúde**

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2017

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO..... | 5 |
| 1.1 O brincar e a criança hospitalizada..... | 11 |
| 1.2 O brincar e a criança com necessidades especiais de saúde..... | 13 |
| 2. ALGORITMO PARA A UTILIZAÇÃO DO BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... | 10 |
| 3. PRINCÍPIOS NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL | 11 |
| 4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS | 12 |
| 4.1 Avaliação do desenvolvimento da criança..... | 13 |
| 4.2 Brinquedos promotores do desenvolvimento..... | 14 |
| 5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO | 22 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 24 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança | 14 |
|--|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Brinquedos e estímulos adequados por faixa etária | 15 |
| Tabela 2 – Brinquedos e estímulos adequados por competência de desenvolvimento alterada | 17 |

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização são acontecimentos que podem ser avassaladores na vida da criança e da família, afetando o seu crescimento e desenvolvimento. Estes acontecimentos envolvem, frequentemente, situações de stress, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões (Sanders, 2014). Este mesmo autor, refere que as crianças que brincam lidam positivamente com estes acontecimentos; “as crianças que não podem brincar estão à espera, testando, retendo ou tomando decisões interiores sobre o cenário” (2014, p. 1041).

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto no seu desenvolvimento. O enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, reduzindo a interferência que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Sendo assim, o brincar é uma dessas atividades que promove o desenvolvimento da criança e minimiza o impacto da hospitalização.

As crianças com necessidades especiais de saúde (CNES), devido às suas limitações, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de desenvolvimento é acrescido.

Em situações de agudização de doença, a família tem necessidade de recorrer aos serviços de saúde, em que o serviço de urgência pediátrica se enquadra. É da competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde da criança, mas igualmente o seu crescimento, nível de desenvolvimento e utilizar estratégias para a sua promoção (OE, 2010).

Deste modo, surge a construção deste guia como instrumento de apoio à equipa de enfermagem da urgência pediátrica, colocado à disposição de todos os profissionais no serviço de observação.

A boa prática é originada pela utilização de conhecimentos baseados em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos, tendo como objetivo a satisfação dos clientes e profissionais na resolução de problemas de saúde específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Com a elaboração do Guia Orientador de Boa Prática “Brincar no desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde” pretende-se sistematizar orientações e fazer recomendações genéricas para os enfermeiros, na utilização do brincar na prática de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde, com o intuito de promover o seu desenvolvimento.

Neste sentido, o presente guia tem como objetivo fornecer orientações para a boa prática e assegurar a qualidade dos cuidados prestados neste serviço de urgência, contribuindo para a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento da CNES.

O presente guia encontra-se dividido em 6 capítulos, nomeadamente, a fundamentação da temática em estudo, o algoritmo para a utilização do brincar, os princípios orientadores na promoção do desenvolvimento infantil, as orientações para a operacionalização das boas práticas, sugestões para a realização de trabalhos de investigação, sobre esta problemática, e uma breve conclusão.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Desde o início da humanidade que o brincar faz parte da vida do homem (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Esta temática foi amplamente estudada e apesar das diferenças epistemológicas das abordagens de Piaget (1974), Vygotsky (1989), Winnicott (1975) e Klein (1997), todos os autores valorizam a dimensão simbólica e lúdica das brincadeiras e as funções do brincar como elemento fundamental para a socialização, construção do conhecimento e elaboração afetiva da criança (Abrão et al., 2006).

De acordo com Cordazzo e Vieira (2007), o brincar é a ação de brincar e o comportamento espontâneo, que resulta numa atividade não estruturada (brincadeira), geradora de prazer; o jogo é uma brincadeira que envolve regras; o brinquedo é o objeto de suporte para a brincadeira; e a atividade lúdica abrange, de uma forma mais ampla, os conceitos anteriores. Acrescentam ainda, que a brincadeira é uma atividade espontânea que garante as condições ideais para um desenvolvimento infantil saudável.

Para Vygotsky (2006), a brincadeira é a principal atividade da criança e influencia diretamente o seu desenvolvimento, visto que a brincadeira cria zonas de desenvolvimento proximal e que estas poderão criar saltos qualitativos no desenvolvimento e na aprendizagem infantil. Tanto para Vygotsky como para Piaget, o desenvolvimento não é linear, mas evolutivo; isto é, a criança ao brincar desenvolve capacidades e dificilmente as perde (Cordazzo & Vieira, 2007).

Para Papalia, Olds e Feldman (2006), a teoria sociocultural proposta por Vygostky refere a existência de um envolvimento ativo das crianças com o ambiente e observa um crescimento cooperativo, em que a aprendizagem ocorre por meio da interação social, que as crianças desenvolvem competências cognitivas, emocionais e sociais. Estes mesmos autores, mencionam que a linguagem passa a ser compreendida como forma de representar o mundo e as relações sociais, como mecanismo de expressão e comunicação. Assim, a atividade lúdica promove o desenvolvimento infantil, seja ele cognitivo, motor, social ou afetivo, e além disso, ao brincar, as crianças estimulam a sua criatividade, autoconfiança, autonomia e curiosidade pelas brincadeiras e brinquedos, adquirindo novos conhecimentos e habilidades.

De acordo com Cordazzo e Vieira (2007), as brincadeiras do bebê são a observação e posterior manipulação de objetos, dando-lhe conhecimento do ambiente ao seu redor, explorando-o através dos sentidos. Com o seu crescimento, os jogos de exercício dão o seu lugar aos jogos simbólicos e posteriormente aos jogos de regras. Além do prazer inerente a estas atividades, desenvolvem os aspetos físicos e sensoriais. Referem ainda outras características da criança que são desenvolvidas através da brincadeira: o desenvolvimento emocional e da sua personalidade, com a exteriorização dos seus medos e angústias. O seu desenvolvimento social também é estimulado pela brincadeira, pela interação com outras crianças e/ou adultos, assim como a sua linguagem é desenvolvida e aprimorada.

1.1 O brincar e a criança hospitalizada

Em Enfermagem, a utilização do brinquedo já teria sido abordada por Florence Nightingale, durante o século XX, no entanto o brincar teve maior reconhecimento e valor, através da Declaração da *International Play Association* (IPA, 1961) e da Convenção dos Direitos da Criança (1989), sendo desde então encarado como uma “necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa, assumindo-se como essencial ao desenvolvimento infantil” (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010, p.26-27).

A Convenção dos Direitos da Criança (1989) refere no seu artigo 31º que reconhece “à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (p. 22). Assim como na Declaração da IPA (2014), mais uma vez o direito a brincar está evidenciado, onde é visto como uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais da criança, sendo considerada uma necessidade básica. Esta declaração também refere que é um ato instintivo, voluntário e espontâneo, uma atividade natural e exploratória, onde a comunicação e expressão associadas ao pensamento e ação, dão prazer à criança, ajudando-a no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social.

No entanto, as vivências da hospitalização na criança e família podem ser avassaladoras. A doença e a hospitalização são acontecimentos na vida da criança que envolvem, frequentemente, situações de *stress*, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões (Sanders, 2014). Este mesmo autor, refere que as

crianças que brincam lidam positivamente com estes acontecimentos; “as crianças que não podem brincar estão à espera, testando, retendo ou tomando decisões interiores sobre o cenário” (2014, p. 1041).

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto negativo desta experiência no seu desenvolvimento. O enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, reduzindo a interferência negativa que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Sendo assim, o brincar é uma dessas atividades que promove o desenvolvimento da criança e minimiza o impacto negativo da hospitalização.

A Declaração da IPA (2014) refere que o jogo é essencial para a saúde física e mental da criança. Assim como a Carta da Criança Hospitalizada (1988) indica no ponto n.º 6 e 7 que estas “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas (...) O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas” (p. 11-12).

O brincar é uma atividade inata da infância, que oferece oportunidades para a criança se desenvolver, dando-lhe informação sobre o mundo ao seu redor (Waksman & Harada, 2005). Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil, visto que esta atividade desenvolve potencialidades e capacidades da criança (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Deste modo, considera-se o brincar como fundamental na vida da criança e, como enfermeiros, é essencial intervir para promover um desenvolvimento infantil saudável. Brincar é a principal atividade da criança e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014). Desta forma, o brincar pode ser utilizado como técnica de comunicação e além disso um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da criança e conseqüentemente promotor do mesmo.

Por muitas explicações que existam sobre os benefícios do brincar e dos brinquedos, a magia que existe no ato de brincar pode explicar-se pela brincadeira livre e própria da criança saudável, que facilita o seu crescimento e, portanto, a saúde (Winnicott, 1975).

1.2 O brincar e as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CNES)

De acordo com Silveira e Neves (2012), as CNES são crianças que exigem cuidados especiais de saúde, de forma temporária ou permanente, com múltiplos diagnósticos e dependência frequente dos serviços de saúde, assim como de diversos profissionais, devido à sua fragilidade e vulnerabilidade. Para os mesmos autores, estes cuidados especiais de saúde, decorrentes de doença crônica, exigem por vezes internamentos longos, medicações especiais, dietas específicas e até mesmo de dispositivos de saúde ou de tecnologia diversificada, para suprimir as necessidades existentes.

A doença crônica é definida como uma

doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Diário da República, 2006).

Segundo Batalha (2017), a doença crônica continua a ser um dos principais motivos de hospitalização, com implicações no normal desenvolvimento da criança. As CNES, devido às suas limitações, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de desenvolvimento é acrescido.

As necessidades das CNES são iguais às de todas as outras crianças, no entanto, elas têm necessidades acrescidas, que vão desde um diagnóstico, o mais rápido possível, tendo em conta a importância da reabilitação, ao apoio à família, e uma resposta adequada na comunidade, para a sua integração plena (Fonseca, 1999). A necessidade de brincar também é a mesma, como a de outra qualquer criança. O exercício executado traz benefícios para o desenvolvimento da coordenação, aptidão cardiovascular e controlo de peso (Bryant, 2014). Esta autora refere que, frequentemente, os pais poderão estar menos atentos à necessidade de tais atividades, em prol de uma atenção mais focada nas necessidades de saúde especiais. Eles também podem sentir-se incapazes de brincar com a criança, visto que a interação recíproca habitual e a satisfação resultante entre pais e filhos pode estar comprometido. Acrescenta

ainda que as CNES podem não conseguir iniciar atividades lúdicas adequadas por iniciativa própria (Bryant, 2014) e poderão apresentar uma menor capacidade de atenção e/ou motivação, pelo que é essencial ajudá-los a “tomar consciência de si próprias para que depois lhes seja possível explorar e aprender dos outros em relação a si” (Fonseca, 1999, p. 11).

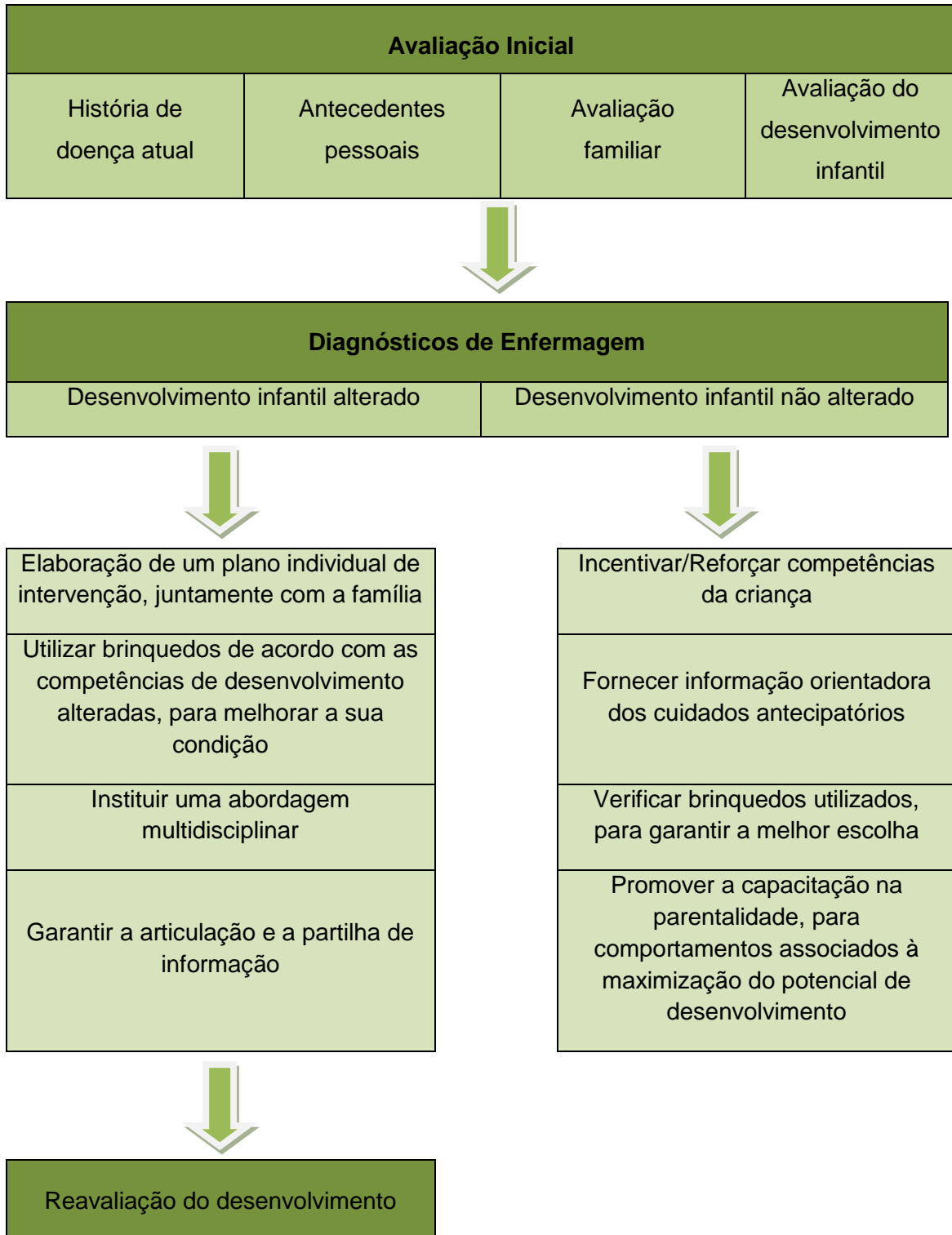
Desta forma, o enfermeiro deve observar e avaliar as necessidades de cada criança, tal como o seu estágio de desenvolvimento e os seus interesses. Esta avaliação é importante para se perceber as dificuldades e potencialidades da criança, fornecendo-lhe todas as condições para que esta consiga brincar (Fonseca, 1999), brincar pelo seu prazer, crescendo e desenvolvendo-se.

A abordagem é focada no desenvolvimento, em vez da idade cronológica, ajudando a identificar qual o tipo de brincadeira adequada à idade de desenvolvimento (Bryant, 2014).

Como refere Fonseca (1999)

a atividade lúdica da criança com deficiência não é diferente... e deve ser estimulada precocemente pois, promovendo o desenvolvimento da competência, autonomia e autoestima, facilita às interações com o meio e oferece-lhes oportunidades para a exploração e para o jogo, com vista ao prazer e autorealização (p. 13).

2. ALGORITMO PARA A UTILIZAÇÃO DO BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



3. PRINCÍPIOS NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Seguidamente são apresentados princípios para promover o desenvolvimento infantil, segundo recomendações nacionais (OE, 2010) e internacionais (IPA, 2014):

- Todas as crianças têm o direito de brincar e o direito a um desenvolvimento adequado;
- O desenvolvimento segue um padrão previsível, mas não linear ou contínuo, pelo que cada criança é única e tem o seu próprio percurso;
- O desenvolvimento é multidimensional e tem vários fatores que o podem influenciar (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais);
- A avaliação do desenvolvimento subentende a utilização de um instrumento de avaliação;
- Os enfermeiros têm de garantir a articulação com outros profissionais para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil;
- Assegurar o brincar como atividade essencial no desenvolvimento infantil;
- A criança tem o direito de ter tempo e espaço para brincar;
- Reconhecer o brinquedo como essencial na promoção do desenvolvimento;
- Fornecer informação orientadora na escolha do brinquedo adequado às necessidades da criança e à promoção do seu desenvolvimento;
- Potenciar a relação pais/filho, reconhecendo a importância da continuidade de cuidados, após intervenção do enfermeiro.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

O enfermeiro que cuida de CNES tem de ter em conta todas as suas especificidades e é-lhe “exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem da forma mais positiva possível” (OE, 2010, p. 94). Segundo os mesmos autores, nos primeiros meses de vida ou nos primeiros anos, as CNES poderão apresentar uma capacidade de resposta mais reduzida e interações menos satisfatórias com os pais.

Neste sentido, os pais focalizam-se nas limitações dos seus filhos, não observando e valorizando as suas potencialidades (Bryant, 2014). Estas famílias têm de ser ajudadas, para assumirem uma postura proactiva, sendo essencial reforçar as competências adquiridas e as suas qualidades, como refere a OE (2010, p. 94) “estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas que, muitas vezes, se erguem perante as limitações”. Como enfermeiros temos um papel fundamental como facilitadores de informação e impulsionadores de mudanças nestas famílias, proporcionado o desenvolvimento de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.

O brincar surge como uma estratégia para valorizar a interação entre pais e filhos, mas também na conquista de competências e na promoção do seu desenvolvimento.

Brincar é essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014). É a sua principal atividade e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014). A OE (2010) confirma que o brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança.

O desenvolvimento da criança irá depender do equilíbrio em que se processa o seu crescimento, que decorre de fases biológicas e afetivas que, se estimuladas corretamente, irão facultar a obtenção de novas e complexas habilidades (Andrea & Alves, 2001). A criança é envolvida de brinquedos, dos mais simples aos mais complexos, que irão favorecer o seu desenvolvimento, a descoberta do mundo, pela sua curiosidade natural, dominando novas experiências e conhecimento (OE, 2010).

Neste sentido, é necessário organizar as atividades lúdicas, tendo em conta a fase de crescimento e desenvolvimento da criança, utilizando os brinquedos adequados.

Sendo assim, é necessário avaliar as necessidades da criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e os seus interesses. A avaliação das necessidades e do desenvolvimento da criança são importantes para se perceber as dificuldades e as potencialidades da mesma, fornecendo-lhe todas as condições para que esta consiga brincar e, conseqüentemente, desenvolver-se num ambiente o mais normal possível, derrubando as barreiras inerentes a condição da CNES.

4.1 Avaliação do desenvolvimento da criança

Segundo a OE (2010, p. 72), “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização”. A OE (2010) fez a análise de vários instrumentos de avaliação do desenvolvimento. Destaca-se “The Schedule of Growing Skills II” e a “Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan”, em que o mesmo autor as classifica como instrumentos de aplicação rápida, precisos e fiáveis.

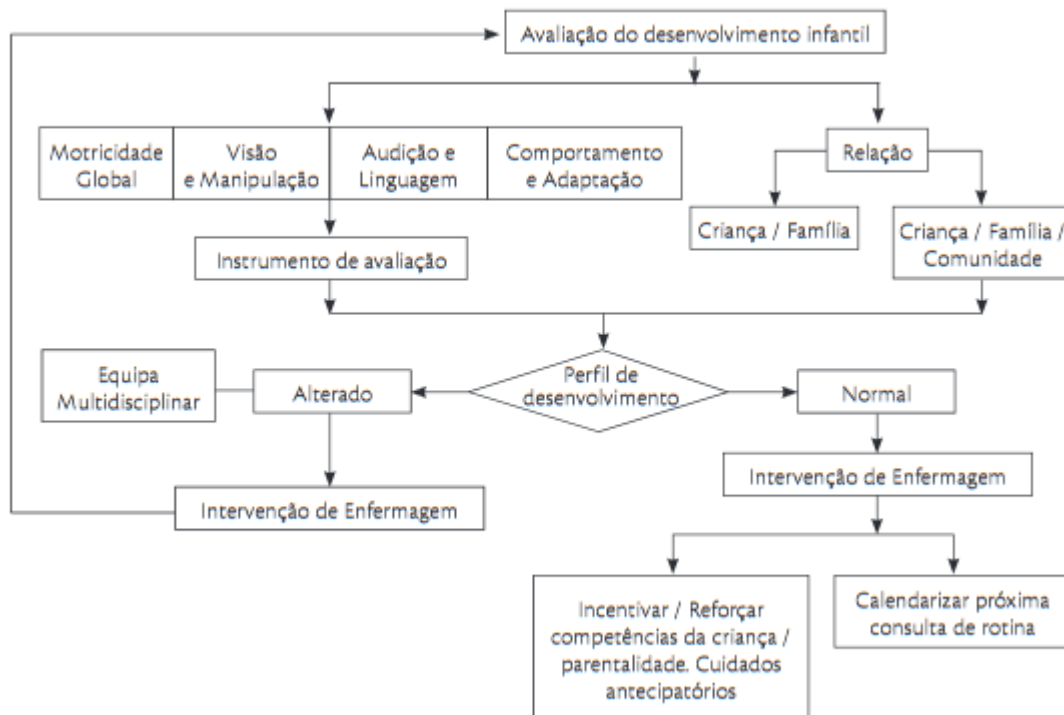
Para a aplicação destes instrumentos de avaliação são necessários conhecimentos para a sua correta utilização, mas também domínio de algumas estratégias de comunicação tanto com a criança, como com a sua família, para obtermos informações precisas. Como refere Barros (2003, p. 192), “é necessário aprofundar e generalizar a aplicação de práticas de saúde que reconheçam e valorizem a subjectividade e riqueza das experiências da criança enquanto sujeito activo do seu próprio desenvolvimento. As significações da criança, sobre o mundo, sobre si própria e sobre a saúde e a doença, são facilmente acessíveis aos adultos que sabem ouvir e entender a linguagem infantil”.

Os pais tornam-se verdadeiros aliados, por serem os primeiros a detetar alterações (Castelo & Fernandes, 2009), pelo que é essencial ouvi-los. Acrescentam ainda que “os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela

família” (Andrade et al., 2005, p. 607). Assim, os pais assumem um papel muito importante porque possuem informação preciosa, por acompanharem a criança durante todo o tempo, no meio em que ela se sente à vontade (Maia et al., 2016).

A OE (2010, p. 73) apresenta-nos o algoritmo para avaliação do desenvolvimento da criança, que sistematiza a intervenção do enfermeiro, sendo orientador para a sua prática.

Figura 1. Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança



Fonte: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

4.2 Brinquedos promotores do desenvolvimento

Após a avaliação do desenvolvimento da criança, serão aconselhados os brinquedos que devem ser utilizados para estimular um desenvolvimento o mais harmonioso possível. Na tabela seguinte, são apresentados os brinquedos adequados por faixa etária, sendo posteriormente utilizados, tendo também em conta o gosto da criança.

Tabela 1. Brinquedos e estímulos adequados por faixa etária

| Idades | Estímulos | Brinquedos |
|----------------------|--|---|
| Recém-nascido | <ul style="list-style-type: none"> • Falar/cantar para o bebê, com voz suave, olhando-o nos olhos e encostado ao peito; • Colocar música calma; • Pegar no bebê e embalá-lo suavemente; • Possibilitar ao bebê, experienciar cheiros diferentes (flor, laranja,...); • Massajar suavemente o corpo do bebê, não mais que 20 minutos, não forçando movimentos, exercendo pouca pressão; • Oferecer uma chucha ao bebê ou o seu polegar, para que este se conforte e reorganize; • Observar bem o bebê e evitar ambientes hiperestimulantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiles com cores fortes (musicais ou não); • Caixinhas de música; • Cadeira de baloiço. |
| 1-6 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Pendurar objetos coloridos cerca de 20 cm perto do rosto do seu bebê, permitindo que este observe o movimento e tente tocar e brincar; • Colocar música suave e dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo; • Perto dos 3 meses, oferecer-lhe objetos para segurar com as mãos; • Perto dos 6 meses, estimular a passagem de brinquedos de uma mão para a outra; • Tentar sentar o bebê com apoio; • Utilizar tapete com diferentes texturas e incentivar o bebê a deslocar-se, rolando e mudando de posição, para buscar brinquedos que estejam mais longe; • Oferecer brinquedos com espelhos inquebráveis ou colocar o bebê à frente de um espelho, criando momentos de interação, para este observar e reconhecer o seu corpo. | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiles com cores fortes (musicais ou não); • Caixinhas de música; • Cadeira de baloiço; • Roca; • Brinquedos com espelhos inquebráveis; • Animais e bonecos com diferentes texturas; • Tapete com diferentes texturas. |
| 7-10 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer caretas para estimular a imitação; • Repetir palavras simples como “papá e mamã”; | <ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos grandes e brilhantes com partes móveis e |

| | | |
|------------------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar os brinquedos fora do seu alcance para o estimular a ir buscá-los, no sentido de incentivar o posicionamento; • Perto dos 9 meses, colocar os brinquedos em cima de uma cadeira, para incentivar a posição de pé, observando atentamente pelo risco de queda; • Brincar ao “esconde-esconde”; • Ensinar a bater palmas e a acenar; • Ensinar a colocar dentro e fora da caixa. | <p>que façam ruídos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livros musicais de diferentes texturas; • Blocos de cores diferentes, caixas ou copos de encaixar; • Bolas e puzzles grandes; • Brinquedos flutuantes, de apertar, de morder, de puxar e empurrar. |
| <p>1-3 anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer cubos e ensinar a construir uma torre com cubos; • Solicitar a execução de tarefas simples e dar estímulos positivos; • Imitar sons de animais e objetos, fazendo também mímica; • Utilizar brinquedos de encaixe, com várias formas; • Pedir à criança para apontar para as partes do corpo e dizer o respetivo nome; • Perto dos 2 anos, ensinar a criança a rabiscar na areia, terra ou papel, para estimular a destreza manual e a área sensorial (táctil); • Realizar atividades para estimular a coordenação motora, como pular, pular num só pé, correr ou saltar uma corda; • Oferecer tintas para a criança rabiscar e desenhar; • Ler histórias de livros ilustrados; • Perto dos 3 anos, pedir à criança para que conte histórias, para incentivar a fantasia e a imaginação; • Oferecer puzzles; • Ajudar a incentivar a criança a partilhar | <ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos de puxar/empurrar (camiões, triciclos, bolas e cavalinhos de baloiço); • Desenhos e pinturas; • Brinquedos e instrumentos musicais: gravadores e telefones infantis, bonecas e animais que falam; • Puzzles; • Brinquedos que simulem os objetos de uso diário (aspirador, vassoura ou itens de cozinha em miniatura). |

| | brinquedos. | |
|------------------|--|--|
| 4-6 anos | <ul style="list-style-type: none"> • Contar histórias mais complexas e representar essas mesmas histórias (teatro); • Oferecer e proporcionar construções com lego e com puzzles; • Promover brincadeiras ao ar livre (andar de triciclo, bicicleta, parques infantis); • Pedir que explique o significado das palavras simples e incentivar para que questione as que não sabe; • Incentivar a pintura, moldagem e colagens • Oferecer brinquedos que combinem letras, números e cores. | <ul style="list-style-type: none"> • Teatro; • Fantoches; • Lego e puzzles; • Triciclo ou bicicleta; • Parques infantis; • Desenho e pinturas; • Colagem e plasticina; • Brinquedos com letras, números e cores. |
| 6-10 anos | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de várias dimensões e formar uma figura; • Valorizar o trabalho escolar e as habilidades da criança; • Proporcionar atividades em grupo, com jogos desportivos ou jogos de tabuleiro; • Selecionar os programas televisivos e o uso do computador, bem como o horário e o período de tempo disponibilizado. | <ul style="list-style-type: none"> • Jogos desportivos; • Jogos de tabuleiro ou de estratégia; • Jogos de memória; • Cartas. |

Na tabela seguinte serão apresentados brinquedos adaptados às necessidades das crianças, com alterações em competências específicas do desenvolvimento, facilitando a nossa intervenção e colmatando as necessidades existentes.

Tabela 2. Brinquedos e estímulos adequados, por competência de desenvolvimento alterada

| Competências de desenvolvimento | Brinquedo | Estimulação | Descrição |
|---------------------------------|-----------|-------------|-----------|
|---------------------------------|-----------|-------------|-----------|

| alterada | | | |
|----------------------------|--------------------------|--|--|
| Visão e manipulação | Dominó | Melhora percepção visual, motricidade e habilidade manual. | Jogar ao dominó, distribuindo as peças pelos participantes. Quem tiver a peça igual à peça que está em jogo, deverá juntá-las. |
| | Boneco articulado | Noção da imagem corporal e sobre as várias partes do corpo e as suas posições. Melhora destreza manual. | Utilizar uma folha de cartolina e recortar as várias partes do corpo: cabeça, tronco, dois braços, dois antebraços, duas mãos, duas coxas, duas pernas e dois pés. Pedir ajuda à criança para ir verbalizando as várias partes do corpo e onde se juntam. Para juntas as várias partes do corpo, colocar tachas. |
| | Máscaras | Noção das várias partes do corpo. Melhora destreza manual e criatividade. | Utilizar uma cartolina e recortar uma cara e todos os seus constituintes. A criança deverá dizer quais são as formas que está a recortar e posteriormente decorar ao seu gosto. |
| | A Casa | Melhora percepção visual, motricidade, habilidade manual e permite a comparação de formas e tamanhos. | Desenhar a forma de uma casa numa cartolina. Noutro pedaço de cartolina, desenhar e recortar os vários constituintes da casa e do desenho (telhado, chaminé, janela, porta, sol, nuvem, árvore e relva). Colar velcro em todas estas formas e pedir à criança para colocar nos sítios correspondentes da casa |

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|---|
| | | | desenhada, anteriormente, na cartolina. |
| Motricidade global | Bowling | Melhora coordenação motora, força e direção/orientação do objeto. | Fazer uma pirâmide ou várias torres de cubos, com a ajuda da criança. Com uma bola, esta terá que destruir a pirâmide ou a torre executada. |
| | Fios e pulseiras | Melhora coordenação motora, atenção, concentração e criatividade. | Com um fio e missangas de várias cores, permitir que a criança monte a sua pulseira ou o seu fio, ao seu gosto. |
| | Passar a bola | Melhora coordenação motora, atenção, concentração e coordenação visomotora. | Utilizar três garrafas de plástico transparente: em duas é retirado o fundo para serem encaixadas e coladas umas nas outras. Dentro delas colocar três bolinhas pequeninas, que caibam nos seus gargalos, e no topo encaixar o fundo de uma delas. A criança tem de conseguir sacudir o brinquedo para que as três bolinhas, passem de gargalo em gargalo, e cheguem ao fundo da última garrafa, no menor tempo possível. |
| | Pezinhos | Melhora coordenação motora, coordenação visomotora, noção de direccionalidade, equilíbrio e postura. | Utilizar uma cartolina e recortar seis pés direitos e seis pés esquerdos, fazendo um molde prévio, com a ajuda da criança, dos seus pés. Disponha os vários |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|
| | | | <p>pezinhos de forma a representarem um caminho, e fixe-os no chão, e escreva um D nos pés direitos e um E nos pés esquerdos.</p> <p>Pedir à criança para andar sobre as pegadas, ficando dentro dos limites da cartolina, e que verbalize qual é o pé que irão pisar, o direito ou o esquerdo.</p> |
| <p>Audição e linguagem</p> | <p>Chocalhos</p> | <p>Melhora a percepção auditiva, concentração e atenção.</p> | <p>Utilizar 10 embalagens de fósforos vazias e colocar em cada 2: feijões, pregos, sementes de girassol, caricas e berlindes. Forrar as caixas em diferentes papéis de embrulho. Pedir à criança para balançar as caixas e identificar quais as que produzem o mesmo tipo de som.</p> |
| | <p>O meu nome é?</p> | <p>Melhora a atenção, concentração, a comunicação e a percepção auditiva.</p> | <p>Utilizar retângulos de cartolina com figuras de animais ou objetos e o seu nome abaixo da figura. Realizar um corte a meio do retângulo, separando as sílabas do nome do animal ou objeto.</p> <p>Depois de baralhadas as várias peças, pedir à criança para montar as figuras e dizer o nome do animal ou objeto e reproduzir o som executado pelo mesmo.</p> |

| | | | |
|--|-------------------------------|--|---|
| <p>Comportamento e adaptação social</p> | <p>Banda Desenhada</p> | <p>Melhora pensamento lógico, atenção, concentração, orientação tempo-espacial e socialização.</p> | <p>Utilizar uma história de banda desenhada e recortar as várias imagens. Baralhar as imagens recortadas e pedir à criança que organize a história. Depois de montada a história, a criança terá de a narrar.</p> |
|--|-------------------------------|--|---|

5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A criação deste Guia sobre “Brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde” constitui uma oportunidade para fundamentar, valorizar e sustentar a prática de cuidados de enfermagem pediátrica. É importante dar continuidade a este guia e visibilidade à intervenção dos enfermeiros com a criança com necessidades especiais.

Como áreas de investigação futuras é sugerido:

1. Identificação das necessidades das crianças e famílias na promoção do desenvolvimento através do brincar e da brincadeira;
2. Elaboração de normas, algoritmos ou minutas de promoção do desenvolvimento através do brincar e da brincadeira que sejam de consenso nacional;
3. Identificação/mapeamento do conhecimento relacionado com as estratégias do brincar na promoção do desenvolvimento da criança;
4. Identificação/mapeamento do conhecimento relacionado com os brinquedos e brincadeiras promotoras do desenvolvimento da CNES.

6. CONCLUSÃO

O encontro do enfermeiro com a CNES e a sua família, em contexto de urgência, poderá ser fugaz, mas é uma oportunidade única que não poderá ser negligenciada. Ao brincar as crianças “afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação “ (OE, 2010, p. 96), e além do mais o seu desenvolvimento é promovido.

Os pais deverão ser envolvidos neste processo, deverão ser reconhecidos como protagonistas e responsáveis pela recuperação e manutenção de saúde do seu filho. Explicar a importância do brincar e, quais os brinquedos adequados ao seu desenvolvimento, deverá ser uma das partilhas de informações necessárias, além dos cuidados a ter na doença atual, para dar a continuidade ao trabalho iniciado, no serviço de urgência.

É esperado que este guia seja um instrumento útil na prática de cuidados, espelhando o cuidado à CNES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrão et al. (2006). Que brincadeira é essa? A brinquedoteca móvel no hospital.
http://www2.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/17_Liana_de_Paula_Merola.pdf Acedido em: 10 de abril de 2017;
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. D., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 606-611;
- Andrea, I. & Alves, L. (2001). *Brinquedos – Criatividade, pedagogia, ambiente*. Lisboa: Grafis;
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores;
- Batalha, L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. Manual de estudo – versão 1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;
- Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 964-1004). Loures: Lusociência;
- Carta da criança hospitalizada -
http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf Acedido em 26 de junho de 2017;
- Castelo, T. M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde infantil*, 31 (1), 12-17;
- Convenção sobre os direitos da criança -
https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf Acedido em 25 de maio de 2017;
- Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7 (1), 92-104;
- Diário da República (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 (p. 3856-3865);
- Fonseca, M. (1999). Brincar... Não é diferente!.... In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 9-14). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;

- International Play Association - http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf Acedido em 27 de junho de 2017;
- Hockenberry, M. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1-20). Loures: Lusociência;
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256;
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.) Porto Alegre: Artmed;
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, A. L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. J. & Dias, L. (2012). Brincar... essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Percursos*, 26, 49-60;
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- Silveira, A. & Neves, E. (2012). Crianças com necessidades especiais de saúde e o cuidado familiar de preservação. *Ciência, cuidado e saúde*, 11(1), 74-80;
- Tavares, A. & Paiva, T. (1999). "Eu também quero brincar". In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 45-47). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;
- Unicef (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

[http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca200](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

[4.pdf](#) Acedido em: 13 de abril de 2017;

Vygotsky, L., Luria, A. & Leontiev, A. (2006). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone;

Waksman, R. D. & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(1), 36-48;

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Apêndice VIII:
Guia Orientador de Boa Prática
(Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátricos)



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

**Guia Orientador de Boa
Prática**

**Brincar na promoção do
desenvolvimento da criança com
necessidades especiais de saúde**

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2018

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO..... | 5 |
| 1.1 O brincar e a criança hospitalizada..... | 11 |
| 1.2 O brincar e a criança com necessidades especiais de saúde..... | 13 |
| 2. ALGORITMO PARA A UTILIZAÇÃO DO BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... | 10 |
| 3. PRINCÍPIOS NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL | 11 |
| 4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS | 12 |
| 4.1 Avaliação do desenvolvimento da criança | 13 |
| 4.2 Brinquedos promotores do desenvolvimento | 14 |
| 5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO | 22 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 24 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Quadro de atividades a desenvolver na Unidade de Saúde Familiar de 25 de setembro a 8 de outubro de 2017 | 10 |
|--|----|

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização são acontecimentos que podem ser avassaladores na vida da criança e da família, afetando o seu crescimento e desenvolvimento. Estes acontecimentos envolvem, frequentemente, situações de stress, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões (Sanders, 2014). Este mesmo autor, refere que as crianças que brincam lidam positivamente com estes acontecimentos; “as crianças que não podem brincar estão à espera, testando, retendo ou tomando decisões interiores sobre o cenário” (2014, p. 1041).

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto no seu desenvolvimento. O enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, reduzindo a interferência que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Sendo assim, o brincar é uma dessas atividades que promove o desenvolvimento da criança e minimiza o impacto da hospitalização.

As crianças com necessidades especiais de saúde (CNES), devido às suas limitações, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de desenvolvimento é acrescido.

Em situações de agudização de doença, a família tem necessidade de recorrer aos serviços de saúde, e dependendo da sua condição, ficar internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. É da competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde da criança, mas igualmente o seu crescimento, nível de desenvolvimento e utilizar estratégias para a sua promoção (OE, 2010).

Deste modo, surge a construção deste guia como instrumento de apoio à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, colocado à disposição de todos os profissionais.

A boa prática é originada pela utilização de conhecimentos baseados em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos, tendo como objetivo a satisfação dos clientes e profissionais na resolução de problemas de saúde específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Com a elaboração do Guia Orientador de Boa Prática “Brincar no desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde” pretende-se sistematizar orientações e fazer recomendações genéricas para os enfermeiros, na utilização do brincar na prática de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde, com o intuito de promover o seu desenvolvimento.

Neste sentido, o presente guia tem como objetivo fornecer orientações para a boa prática e assegurar a qualidade dos cuidados prestados nesta Unidade de Cuidados Intensivos, contribuindo para a utilização do brincar na promoção do desenvolvimento da CNES.

O presente guia encontra-se dividido em 6 capítulos, nomeadamente, a fundamentação da temática em estudo, o algoritmo para a utilização do brincar, os princípios orientadores na promoção do desenvolvimento infantil, as orientações para a operacionalização das boas práticas, sugestões para a realização de trabalhos de investigação, sobre esta problemática, e uma breve conclusão.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Desde o início da humanidade que o brincar faz parte da vida do homem (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Esta temática foi amplamente estudada e apesar das diferenças epistemológicas das abordagens de Piaget (1974), Vygotsky (1989), Winnicott (1975) e Klein (1997), todos os autores valorizam a dimensão simbólica e lúdica das brincadeiras e as funções do brincar como elemento fundamental para a socialização, construção do conhecimento e elaboração afetiva da criança (Abrão et al., 2006).

De acordo com Cordazzo e Vieira (2007), o brincar é a ação de brincar e o comportamento espontâneo, que resulta numa atividade não estruturada (brincadeira), geradora de prazer; o jogo é uma brincadeira que envolve regras; o brinquedo é o objeto de suporte para a brincadeira; e a atividade lúdica abrange, de uma forma mais ampla, os conceitos anteriores. Acrescentam ainda, que a brincadeira é uma atividade espontânea que garante as condições ideais para um desenvolvimento infantil saudável.

Para Vygotsky (2006), a brincadeira é a principal atividade da criança e influencia diretamente o seu desenvolvimento, visto que a brincadeira cria zonas de desenvolvimento proximal e que estas poderão criar saltos qualitativos no desenvolvimento e na aprendizagem infantil. Tanto para Vygotsky como para Piaget, o desenvolvimento não é linear, mas evolutivo; isto é, a criança ao brincar desenvolve capacidades e dificilmente as perde (Cordazzo & Vieira, 2007).

Para Papalia, Olds e Feldman (2006), a teoria sociocultural proposta por Vygostky refere a existência de um envolvimento ativo das crianças com o ambiente e observa um crescimento cooperativo, em que a aprendizagem ocorre por meio da interação social, que as crianças desenvolvem competências cognitivas, emocionais e sociais. Estes mesmos autores, mencionam que a linguagem passa a ser compreendida como forma de representar o mundo e as relações sociais, como mecanismo de expressão e comunicação. Assim, a atividade lúdica promove o desenvolvimento infantil, seja ele cognitivo, motor, social ou afetivo, e além disso, ao brincar, as crianças estimulam a sua criatividade, autoconfiança, autonomia e curiosidade pelas brincadeiras e brinquedos, adquirindo novos conhecimentos e habilidades.

De acordo com Cordazzo e Vieira (2007), as brincadeiras do bebê são a observação e posterior manipulação de objetos, dando-lhe conhecimento do ambiente ao seu redor, explorando-o através dos sentidos. Com o seu crescimento, os jogos de exercício dão o seu lugar aos jogos simbólicos e posteriormente aos jogos de regras. Além do prazer inerente a estas atividades, desenvolvem os aspetos físicos e sensoriais. Referem ainda outras características da criança que são desenvolvidas através da brincadeira: o desenvolvimento emocional e da sua personalidade, com a exteriorização dos seus medos e angústias. O seu desenvolvimento social também é estimulado pela brincadeira, pela interação com outras crianças e/ou adultos, assim como a sua linguagem é desenvolvida e aprimorada.

1.1 O brincar e a criança hospitalizada

Em Enfermagem, a utilização do brinquedo já teria sido abordada por Florence Nightingale, durante o século XX, no entanto o brincar teve maior reconhecimento e valor, através da Declaração da *International Play Association* (IPA, 1961) e da Convenção dos Direitos da Criança (1989), sendo desde então encarado como uma “necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa, assumindo-se como essencial ao desenvolvimento infantil” (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010, p.26-27).

A Convenção dos Direitos da Criança (1989) refere no seu artigo 31º que reconhece “à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (p. 22). Assim como na Declaração da IPA (2014), mais uma vez o direito a brincar está evidenciado, onde é visto como uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais da criança, sendo considerada uma necessidade básica. Esta declaração também refere que é um ato instintivo, voluntário e espontâneo, uma atividade natural e exploratória, onde a comunicação e expressão associadas ao pensamento e ação, dão prazer à criança, ajudando-a no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social.

No entanto, as vivências da hospitalização na criança e família podem ser avassaladoras. A doença e a hospitalização são acontecimentos na vida da criança que envolvem, frequentemente, situações de *stress*, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões (Sanders, 2014). Este mesmo autor, refere que as

crianças que brincam lidam positivamente com estes acontecimentos; “as crianças que não podem brincar estão à espera, testando, retendo ou tomando decisões interiores sobre o cenário” (2014, p. 1041).

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto negativo desta experiência no seu desenvolvimento. O enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, reduzindo a interferência negativa que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Sendo assim, o brincar é uma dessas atividades que promove o desenvolvimento da criança e minimiza o impacto negativo da hospitalização.

A Declaração da IPA (2014) refere que o jogo é essencial para a saúde física e mental da criança. Assim como a Carta da Criança Hospitalizada (1988) indica no ponto n.º 6 e 7 que estas “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas (...) O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas” (p. 11-12).

O brincar é uma atividade inata da infância, que oferece oportunidades para a criança se desenvolver, dando-lhe informação sobre o mundo ao seu redor (Waksman & Harada, 2005). Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil, visto que esta atividade desenvolve potencialidades e capacidades da criança (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Deste modo, considera-se o brincar como fundamental na vida da criança e, como enfermeiros, é essencial intervir para promover um desenvolvimento infantil saudável. Brincar é a principal atividade da criança e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014). Desta forma, o brincar pode ser utilizado como técnica de comunicação e além disso um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da criança e conseqüentemente promotor do mesmo.

Por muitas explicações que existam sobre os benefícios do brincar e dos brinquedos, a magia que existe no ato de brincar pode explicar-se pela brincadeira livre e própria da criança saudável, que facilita o seu crescimento e, portanto, a saúde (Winnicott, 1975).

1.2 O brincar e as crianças com necessidades especiais de saúde (CNES)

De acordo com Silveira e Neves (2012), as CNES são crianças que exigem cuidados especiais de saúde, de forma temporária ou permanente, com múltiplos diagnósticos e dependência frequente dos serviços de saúde, assim como de diversos profissionais, devido à sua fragilidade e vulnerabilidade. Para os mesmos autores, estes cuidados especiais de saúde, decorrentes de doença crónica, exigem por vezes internamentos longos, medicações especiais, dietas específicas e até mesmo de dispositivos de saúde ou de tecnologia diversificada, para suprimir as necessidades existentes.

A doença crónica é definida como uma

doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Diário da República, 2006).

Segundo Batalha (2017), a doença crónica continua a ser um dos principais motivos de hospitalização, com implicações no normal desenvolvimento da criança. As CNES, devido às suas limitações, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem ser privadas de participar em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento (Tavares & Paiva, 1999). Por estes motivos, a dimensão de risco comportamental e de desenvolvimento é acrescido.

As necessidades das CNES são iguais às de todas as outras crianças, no entanto, elas têm necessidades acrescidas, que vão desde um diagnóstico, o mais rápido possível, tendo em conta a importância da reabilitação, ao apoio à família, e uma resposta adequada na comunidade, para a sua integração plena (Fonseca, 1999). A necessidade de brincar também é a mesma, como a de outra qualquer criança. O exercício executado traz benefícios para o desenvolvimento da coordenação, aptidão cardiovascular e controlo de peso (Bryant, 2014). Esta autora refere que, frequentemente, os pais poderão estar menos atentos à necessidade de tais atividades, em prol de uma atenção mais focada nas necessidades de saúde especiais. Eles também podem sentir-se incapazes de brincar com a criança, visto que a interação recíproca habitual e a

satisfação resultante entre pais e filhos pode estar comprometido. Acrescenta ainda que as CNES podem não conseguir iniciar atividades lúdicas adequadas por iniciativa própria (Bryant, 2014) e poderão apresentar uma menor capacidade de atenção e/ou motivação, pelo que é essencial ajudá-los a “tomar consciência de si próprias para que depois lhes seja possível explorar e aprender dos outros em relação a si” (Fonseca, 1999, p. 11).

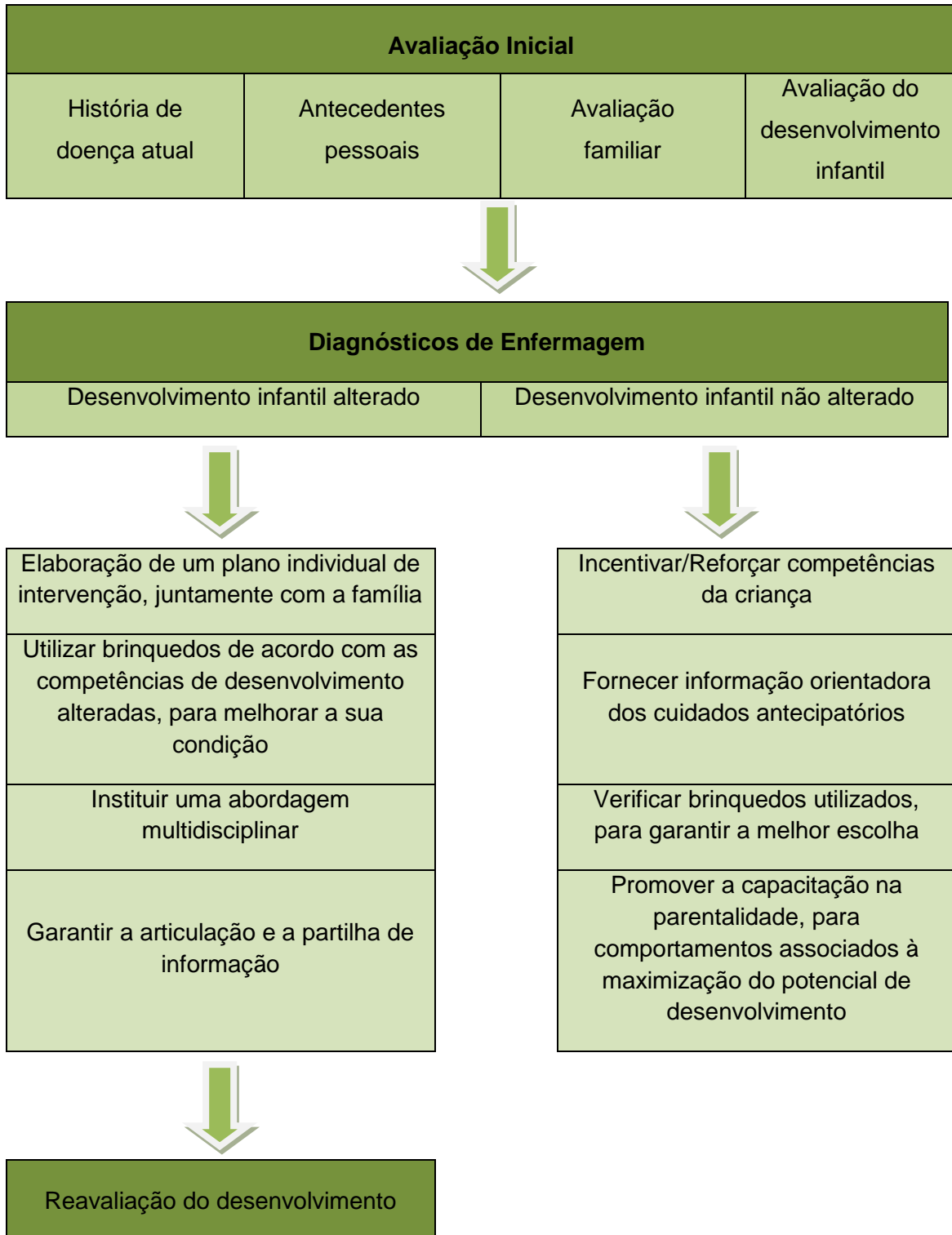
Desta forma, o enfermeiro deve observar e avaliar as necessidades de cada criança, tal como o seu estágio de desenvolvimento e os seus interesses. Esta avaliação é importante para se perceber as dificuldades e potencialidades da criança, fornecendo-lhe todas as condições para que esta consiga brincar (Fonseca, 1999), brincar pelo seu prazer, crescendo e desenvolvendo-se.

A abordagem é focada no desenvolvimento, em vez da idade cronológica, ajudando a identificar qual o tipo de brincadeira adequada à idade de desenvolvimento (Bryant, 2014).

Como refere Fonseca (1999)

a atividade lúdica da criança com deficiência não é diferente... e deve ser estimulada precocemente pois, promovendo o desenvolvimento da competência, autonomia e autoestima, facilita às interações com o meio e oferece-lhes oportunidades para a exploração e para o jogo, com vista ao prazer e autorealização (p. 13).

2. ALGORITMO PARA A UTILIZAÇÃO DO BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



3. PRINCÍPIOS NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Seguidamente são apresentados princípios para promover o desenvolvimento infantil, segundo recomendações nacionais (OE, 2010) e internacionais (IPA, 2014):

- Todas as crianças têm o direito de brincar e o direito a um desenvolvimento adequado;
- O desenvolvimento segue um padrão previsível, mas não linear ou contínuo, pelo que cada criança é única e tem o seu próprio percurso;
- O desenvolvimento é multidimensional e tem vários fatores que o podem influenciar (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais);
- A avaliação do desenvolvimento subentende a utilização de um instrumento de avaliação;
- Os enfermeiros têm de garantir a articulação com outros profissionais para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil;
- Assegurar o brincar como atividade essencial no desenvolvimento infantil;
- A criança tem o direito de ter tempo e espaço para brincar;
- Reconhecer o brinquedo como essencial na promoção do desenvolvimento;
- Fornecer informação orientadora na escolha do brinquedo adequado às necessidades da criança e à promoção do seu desenvolvimento;
- Potenciar a relação pais/filho, reconhecendo a importância da continuidade de cuidados, após intervenção do enfermeiro.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

O enfermeiro que cuida de CNES tem de ter em conta todas as suas especificidades e é-lhe “exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem da forma mais positiva possível” (OE, 2010, p. 94). Segundo os mesmos autores, nos primeiros meses de vida ou nos primeiros anos, as CNES poderão apresentar uma capacidade de resposta mais reduzida e interações menos satisfatórias com os pais.

Neste sentido, os pais focalizam-se nas limitações dos seus filhos, não observando e valorizando as suas potencialidades (Bryant, 2014). Estas famílias têm de ser ajudadas, para assumirem uma postura proactiva, sendo essencial reforçar as competências adquiridas e as suas qualidades, como refere a OE (2010, p. 94) “estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas que, muitas vezes, se erguem perante as limitações”. Como enfermeiros temos um papel fundamental como facilitadores de informação e impulsionadores de mudanças nestas famílias, proporcionado o desenvolvimento de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.

O brincar surge como uma estratégia para valorizar a interação entre pais e filhos, mas também na conquista de competências e na promoção do seu desenvolvimento.

Brincar é essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014). É a sua principal atividade e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014). A OE (2010) confirma que o brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança.

O desenvolvimento da criança irá depender do equilíbrio em que se processa o seu crescimento, que decorre de fases biológicas e afetivas que, se estimuladas corretamente, irão facultar a obtenção de novas e complexas habilidades (Andrea & Alves, 2001). A criança é envolvida de brinquedos, dos mais simples aos mais complexos, que irão favorecer o seu desenvolvimento, a descoberta do mundo, pela sua curiosidade natural, dominando novas experiências e conhecimento (OE, 2010).

Neste sentido, é necessário organizar as atividades lúdicas, tendo em conta a fase de crescimento e desenvolvimento da criança, utilizando os brinquedos adequados.

Sendo assim, é necessário avaliar as necessidades da criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e os seus interesses. A avaliação das necessidades e do desenvolvimento da criança são importantes para se perceber as dificuldades e as potencialidades da mesma, fornecendo-lhe todas as condições para que esta consiga brincar e, conseqüentemente, desenvolver-se num ambiente o mais normal possível, derrubando as barreiras inerentes a condição da CNES.

4.1 Avaliação do desenvolvimento da criança

Segundo a OE (2010, p. 72), “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização”. A OE (2010) fez a análise de vários instrumentos de avaliação do desenvolvimento. Destaca-se “The Schedule of Growing Skills II” e a “Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan”, em que o mesmo autor as classifica como instrumentos de aplicação rápida, precisos e fiáveis.

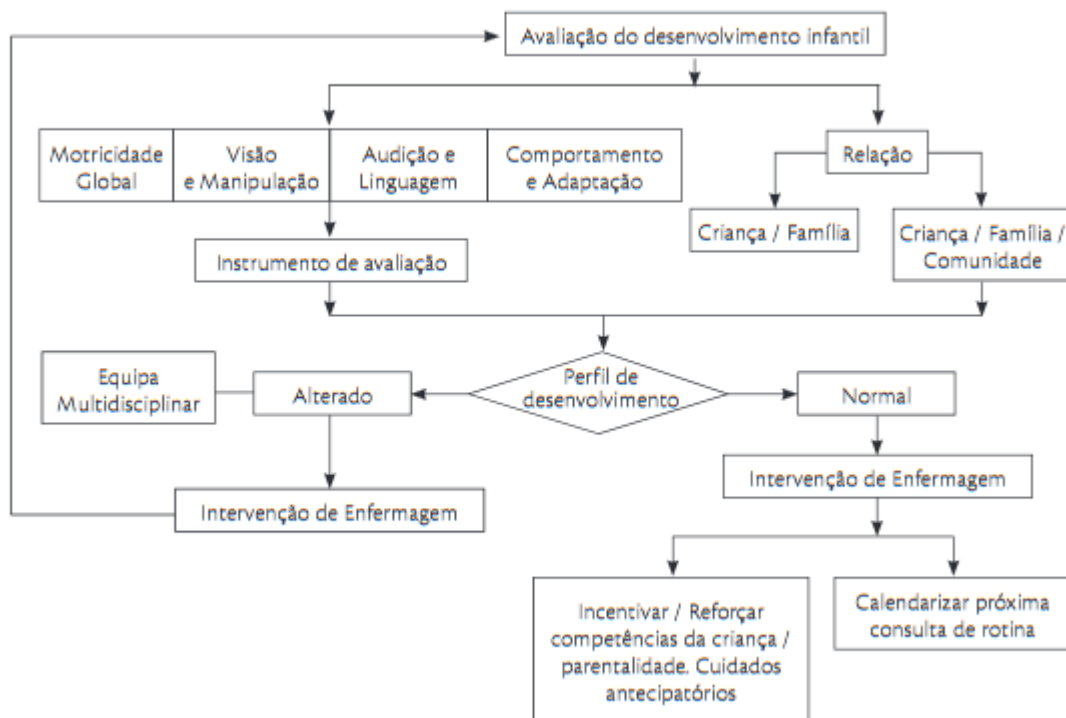
Para a aplicação destes instrumentos de avaliação são necessários conhecimentos para a sua correta utilização, mas também domínio de algumas estratégias de comunicação tanto com a criança, como com a sua família, para obtermos informações precisas. Como refere Barros (2003, p. 192), “é necessário aprofundar e generalizar a aplicação de práticas de saúde que reconheçam e valorizem a subjectividade e riqueza das experiências da criança enquanto sujeito activo do seu próprio desenvolvimento. As significações da criança, sobre o mundo, sobre si própria e sobre a saúde e a doença, são facilmente acessíveis aos adultos que sabem ouvir e entender a linguagem infantil”.

Os pais tornam-se verdadeiros aliados, por serem os primeiros a detetar alterações (Castelo & Fernandes, 2009), pelo que é essencial ouvi-los. Acrescentam ainda que “os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela

família” (Andrade et al., 2005, p. 607). Assim, os pais assumem um papel muito importante porque possuem informação preciosa, por acompanharem a criança durante todo o tempo, no meio em que ela se sente à vontade (Maia et al., 2016).

A OE (2010, p. 73) apresenta-nos o algoritmo para avaliação do desenvolvimento da criança, que sistematiza a intervenção do enfermeiro, sendo orientador para a sua prática.

Figura 1. Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança



Fonte: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

4.2 Brinquedos promotores do desenvolvimento

Após a avaliação do desenvolvimento da criança, serão aconselhados os brinquedos que devem ser utilizados para estimular um desenvolvimento o mais harmonioso possível. Na tabela seguinte, são apresentados os brinquedos adequados por faixa etária, sendo posteriormente utilizados, tendo também em conta o gosto da criança.

Tabela 1. Brinquedos e estímulos adequados por faixa etária

| Idades | Estímulos | Brinquedos |
|----------------------|--|---|
| Recém-nascido | <ul style="list-style-type: none"> • Falar/cantar para o bebê, com voz suave, olhando-o nos olhos e encostado ao peito; • Colocar música calma; • Pegar no bebê e embalá-lo suavemente; • Possibilitar ao bebê, experienciar cheiros diferentes (flor, laranja,...); • Massajar suavemente o corpo do bebê, não mais que 20 minutos, não forçando movimentos, exercendo pouca pressão; • Oferecer uma chucha ao bebê ou o seu polegar, para que este se conforte e reorganize. | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiles com cores fortes (musicais ou não); • Caixinhas de música; • Cadeira de baloiço. |
| 1-6 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Pendurar objetos coloridos cerca de 20 cm perto do rosto do seu bebê, permitindo que este observe o movimento e tente tocar e brincar; • Colocar música suave e dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo; • Perto dos 3 meses, oferecer-lhe objetos para segurar com as mãos; • Perto dos 6 meses, estimular a passagem de brinquedos de uma mão para a outra; • Tentar sentar o bebê com apoio; • Utilizar tapete com diferentes texturas e incentivar o bebê a deslocar-se, rolando e mudando de posição, para buscar brinquedos que estejam mais longe; • Oferecer brinquedos com espelhos inquebráveis ou colocar o bebê à frente de um espelho, criando momentos de interação, para este observar e reconhecer o seu corpo. | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiles com cores fortes (musicais ou não); • Caixinhas de música; • Cadeira de baloiço; • Roca; • Brinquedos com espelhos inquebráveis; • Animais e bonecos com diferentes texturas; • Tapete com diferentes texturas. |
| 7-10 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer caretas para estimular a imitação; • Repetir palavras simples como “papá e mamã”; • Colocar os brinquedos fora do seu alcance | <ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos grandes e brilhantes com partes móveis e que façam ruídos; |

| | | |
|------------------------|--|---|
| | <p>para o estimular a ir buscá-los, no sentido de incentivar o posicionamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perto dos 9 meses, colocar os brinquedos em cima de uma cadeira, para incentivar a posição de pé, observando atentamente pelo risco de queda; • Brincar ao “esconde-esconde”; • Ensinar a bater palmas e a acenar; • Ensinar a colocar dentro e fora da caixa. | <ul style="list-style-type: none"> • Livros musicais de diferentes texturas; • Blocos de cores diferentes, caixas ou copos de encaixar; • Bolas e puzzles grandes; • Brinquedos flutuantes, de apertar, de morder, de puxar e empurrar. |
| <p>1-3 anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer cubos e ensinar a construir uma torre com cubos; • Solicitar a execução de tarefas simples e dar estímulos positivos; • Imitar sons de animais e objetos, fazendo também mímica; • Utilizar brinquedos de encaixe, com várias formas; • Pedir à criança para apontar para as partes do corpo e dizer o respetivo nome; • Perto dos 2 anos, ensinar a criança a rabiscar na areia, terra ou papel, para estimular a destreza manual e a área sensorial (táctil); • Realizar atividades para estimular a coordenação motora, como pular, pular num só pé, correr ou saltar uma corda; • Oferecer tintas para a criança rabiscar e desenhar; • Ler histórias de livros ilustrados; • Perto dos 3 anos, pedir à criança para que conte histórias, para incentivar a fantasia e a imaginação; • Oferecer puzzles; • Ajudar a incentivar a criança a partilhar brinquedos. | <ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos de puxar/empurrar (camiões, triciclos, bolas e cavalinhos de baloiço); • Desenhos e pinturas; • Brinquedos e instrumentos musicais: gravadores e telefones infantis, bonecas e animais que falam; • Puzzles; • Brinquedos que simulem os objetos de uso diário (aspirador, vassoura ou itens de cozinha em miniatura). |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| <p>4-6 anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Contar histórias mais complexas e representar essas mesmas histórias (teatro); • Oferecer e proporcionar construções com lego e com puzzles; • Promover brincadeiras ao ar livre (andar de triciclo, bicicleta, parques infantis); • Pedir que explique o significado das palavras simples e incentivar para que questione as que não sabe; • Incentivar a pintura, moldagem e colagens • Oferecer brinquedos que combinem letras, números e cores. | <ul style="list-style-type: none"> • Teatro; • Fantoches; • Lego e puzzles; • Triciclo ou bicicleta; • Parques infantis; • Desenho e pinturas; • Colagem e plasticina; • Brinquedos com letras, números e cores. |
| <p>6-10 anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de várias dimensões e formar uma figura; • Valorizar o trabalho escolar e as habilidades da criança; • Proporcionar atividades em grupo, com jogos desportivos ou jogos de tabuleiro; • Selecionar os programas televisivos e o uso do computador, bem como o horário e o período de tempo disponibilizado. | <ul style="list-style-type: none"> • Jogos desportivos; • Jogos de tabuleiro ou de estratégia; • Jogos de memória; • Cartas. |

Na tabela seguinte serão apresentados brinquedos adaptados às necessidades das crianças, com alterações em competências específicas do desenvolvimento, facilitando a nossa intervenção e colmatando as necessidades existentes.

Tabela 2. Brinquedos e estímulos adequados, por competência de desenvolvimento alterada

| <p>Competências de desenvolvimento alterada</p> | <p>Brinquedo</p> | <p>Estimulação</p> | <p>Descrição</p> |
|--|-------------------------|---|---|
| <p>Visão e manipulação</p> | <p>Dominó</p> | <p>Melhora percepção visual, motricidade e habilidade manual.</p> | <p>Jogar ao dominó, distribuindo as peças pelos participantes. Quem tiver a peça igual à peça que está em jogo, deverá juntá-las.</p> |

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|---|
| | Boneco articulado | Noção da imagem corporal e sobre as várias partes do corpo e as suas posições. Melhora destreza manual. | Utilizar uma folha de cartolina e recortar as várias partes do corpo: cabeça, tronco, dois braços, dois antebraços, duas mãos, duas coxas, duas pernas e dois pés. Pedir ajuda à criança para ir verbalizando as várias partes do corpo e onde se juntam. Para juntas as várias partes do corpo, colocar tachas. |
| | Máscaras | Noção das várias partes do corpo. Melhora destreza manual e criatividade. | Utilizar uma cartolina e recortar uma cara e todos os seus constituintes. A criança deverá dizer quais são as formas que está a recortar e posteriormente decorar ao seu gosto. |
| | A Casa | Melhora perceção visual, motricidade, habilidade manual e permite a comparação de formas e tamanhos. | Desenhar a forma de uma casa numa cartolina. Noutro pedaço de cartolina, desenhar e recortar os vários constituintes da casa e do desenho (telhado, chaminé, janela, porta, sol, nuvem, árvore e relva). Colar velcro em todas estas formas e pedir à criança para colocar nos sítios correspondentes da casa desenhada, anteriormente, na cartolina. |
| Motricidade global | Bowling | Melhora coordenação motora, força e direção/orientação do | Fazer uma pirâmide ou várias torres de cubos, com a ajuda da criança. Com |

| | | | |
|--|-------------------------|--|---|
| | | objeto. | uma bola, esta terá que destruir a pirâmide ou a torre executada. |
| | Fios e pulseiras | Melhora coordenação motora, atenção, concentração e criatividade. | Com um fio e missangas de várias cores, permitir que a criança monte a sua pulseira ou o seu fio, ao seu gosto. |
| | Passar a bola | Melhora coordenação motora, atenção, concentração e coordenação visomotora. | Utilizar três garrafas de plástico transparente: em duas é retirado o fundo para serem encaixadas e coladas umas nas outras. Dentro delas colocar três bolinhas pequeninas, que caibam nos seus gargalos, e no topo encaixar o fundo de uma delas. A criança tem de conseguir sacudir o brinquedo para que as três bolinhas, passem de gargalo em gargalo, e cheguem ao fundo da última garrafa, no menor tempo possível. |
| | Pezinhos | Melhora coordenação motora, coordenação visomotora, noção de direccionalidade, equilíbrio e postura. | Utilizar uma cartolina e recortar seis pés direitos e seis pés esquerdos, fazendo um molde prévio, com a ajuda da criança, dos seus pés. Disponha os vários pezinhos de forma a representarem um caminho, e fixe-os no chão, e escreva um D nos pés direitos e um E nos pés esquerdos. |

| | | | |
|---|------------------------|---|---|
| | | | Pedir à criança para andar sobre as pegadas, ficando dentro dos limites da cartolina, e que verbalize qual é o pé que irão pisar, o direito ou o esquerdo. |
| Audição e linguagem | Chocalhos | Melhora a percepção auditiva, concentração e atenção. | Utilizar 10 embalagens de fósforos vazias e colocar em cada 2: feijões, pregos, sementes de girassol, caricas e berlindes. Forrar as caixas em diferentes papéis de embrulho. Pedir à criança para balançar as caixas e identificar quais as que produzem o mesmo tipo de som. |
| | O meu nome é? | Melhora a atenção, concentração, a comunicação e a percepção auditiva. | Utilizar retângulos de cartolina com figuras de animais ou objetos e o seu nome abaixo da figura. Realizar um corte a meio do retângulo, separando as sílabas do nome do animal ou objeto. Depois de baralhadas as várias peças, pedir à criança para montar as figuras e dizer o nome do animal ou objeto e reproduzir o som executado pelo mesmo. |
| Comportamento e adaptação social | Banda Desenhada | Melhora pensamento lógico, atenção, concentração, orientação tempo-espacial e | Utilizar uma história de banda desenhada e recortar as várias imagens. Baralhar as imagens recortadas e pedir à criança que organize |

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| | | socialização. | a história. Depois de montada a história, a criança terá de a narrar. |
|--|--|---------------|---|

5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A criação deste Guia sobre “Brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde” constitui uma oportunidade para fundamentar, valorizar e sustentar a prática de cuidados de enfermagem pediátrica. É importante dar continuidade a este guia e visibilidade à intervenção dos enfermeiros com a criança com necessidades especiais.

Como áreas de investigação futuras é sugerido:

1. Identificação das necessidades das crianças e famílias na promoção do desenvolvimento através do brincar e da brincadeira;
2. Elaboração de normas, algoritmos ou minutas de promoção do desenvolvimento através do brincar e da brincadeira que sejam de consenso nacional;
3. Identificação/mapeamento do conhecimento relacionado com as estratégias do brincar na promoção do desenvolvimento da criança;
4. Identificação/mapeamento do conhecimento relacionado com os brinquedos e brincadeiras promotoras do desenvolvimento da CNES.

6. CONCLUSÃO

Brincar com uma CNES numa Unidade de Cuidados Intensivos poderá ser difícil, pela sua condição de saúde, mas é uma oportunidade única que não poderá ser negligenciada. Ao brincar as crianças “afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação “ (OE, 2010, p. 96), e além do mais o seu desenvolvimento é promovido.

Assim que a estabilização da sua condição de saúde for conseguida, o brincar deverá ser utilizado nos cuidados prestados e os pais deverão ser envolvidos neste processo. Deverão ser reconhecidos como protagonistas e responsáveis pela recuperação e manutenção de saúde do seu filho. Explicar a importância do brincar e, quais os brinquedos adequados ao seu desenvolvimento, deverá ser uma das partilhas de informações necessárias, além dos cuidados a ter na doença atual, para dar continuidade ao trabalho iniciado, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

É esperado que este guia seja um instrumento útil na prática de cuidados, espelhando o cuidado à CNES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrão et al. (2006). Que brincadeira é essa? A brinquedoteca móvel no hospital.
http://www2.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/17_Liana_de_Paula_Merola.pdf Acedido em: 10 de abril de 2017;
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. D., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 606-611;
- Andrea, I. & Alves, L. (2001). *Brinquedos – Criatividade, pedagogia, ambiente*. Lisboa: Grafis;
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores;
- Batalha, L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. Manual de estudo – versão 1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;
- Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 964-1004). Loures: Lusociência;
- Carta da criança hospitalizada -
http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf Acedido em 26 de junho de 2017;
- Castelo, T. M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde infantil*, 31 (1), 12-17;
- Convenção sobre os direitos da criança -
https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf Acedido em 25 de maio de 2017;
- Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7 (1), 92-104;
- Diário da República (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 (p. 3856-3865);
- Fonseca, M. (1999). Brincar... Não é diferente!.... In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 9-14). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;

- International Play Association - http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf Acedido em 27 de junho de 2017;
- Hockenberry, M. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1-20). Loures: Lusociência;
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256;
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.) Porto Alegre: Artmed;
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, A. L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. J. & Dias, L. (2012). Brincar... essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Percursos*, 26, 49-60;
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- Silveira, A. & Neves, E. (2012). Crianças com necessidades especiais de saúde e o cuidado familiar de preservação. *Ciência, cuidado e saúde*, 11(1), 74-80;
- Tavares, A. & Paiva, T. (1999). "Eu também quero brincar". In Pais, N., Santos, L. & Viegas, F. *Contextos lúdicos e crianças com necessidades especiais* (p. 45-47). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;
- Unicef (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

[http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca200](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

[4.pdf](#) Acedido em: 13 de abril de 2017;

Vygotsky, L., Luria, A. & Leontiev, A. (2006). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone;

Waksman, R. D. & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(1), 36-48;

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Apêndice IX:
Projeto de Intervenção – “Foguetão Mágico”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Projeto de Intervenção ”Foguetão Mágico”

Discente:

Anabela Felgueiras Miranda de Freitas

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2018

ÍNDICE

| | |
|---|---|
| INTRODUÇÃO | 2 |
| 1. BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE | 3 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 5 |

INTRODUÇÃO

Resultante do progresso das condições socioeconómicas dos portugueses, mas também das reformas globais na saúde, com intervenção específica na área da Saúde Infantil e Pediatria (Machado, Alves & Couceiro, 2011), a taxa de mortalidade infantil reduziu de 77,5%, em 1960, para 3,19%, em 2016 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Esta redução na taxa de mortalidade infantil levou a um crescimento do número de crianças com necessidades especiais de saúde (CNES) e a um aumento na esperança média de vida destas crianças (McElfresh & Merck, 2014).

O serviço a que se destina a implementação deste projeto de intervenção assiste crianças com necessidades especiais de saúde, com internamentos de longa duração. A evidência científica demonstra como a hospitalização frequente pode ter consequências negativas na criança, nomeadamente, no comprometimento do seu desenvolvimento infantil. Também esta demonstra como o brincar pode ser utilizado como estratégia promotora na maximização do potencial da criança, se for adequado às suas necessidades. Desta forma, surgiu este projeto para modificar esta realidade neste contexto.

Neste sentido serão mobilizados referenciais teóricos como a Teoria da Transição de Afaf Meleis, como referência conceptual de enfermagem, visto que o complexo processo de desenvolvimento da criança pressupõe transições absolutamente necessárias, com impacto na saúde de toda a unidade familiar, que são compreendidas através desta teoria. Também a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados Não-traumáticos serão integradas, como sendo essenciais na prática de cuidados pediátricos. Tal como refere Mendes e Martins (2012), o reconhecimento da importância da família e do seu envolvimento nos cuidados devem estar focados no processo de Enfermagem, assim como a parceria que se caracteriza pela partilha de poder e saberes, sendo realizada a definição concreta de objetivos comuns, centrados na pessoa, verificando-se a participação ativa de todos os parceiros.

Este projeto contempla uma síntese sobre a importância desta temática, objetivos delineados e atividades a desenvolver para a sua implementação.

1. BRINCAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

As limitações inerentes à condição física das crianças com necessidades especiais de saúde, assim como, hospitalização frequente e/ou tratamentos prolongados, podem condicionar a sua participação em atividades lúdicas, que são indispensáveis para o seu desenvolvimento físico, emocional e social (Tavares & Paiva, 1999). Brincar é essencial para a criança, contribui para o seu bem-estar mental, emocional e social, e tal como acontece com as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não cessa quando a criança está doente ou é internada (Sanders, 2014). É a sua principal atividade e é a sua linguagem universal (Hockenberry, 2014).

No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, um objetivo prioritário do enfermeiro é minimizar o impacto negativo desta experiência no seu desenvolvimento. Vários autores relatam as consequências negativas da hospitalização na criança e no seu desenvolvimento. Como refere Jorge (2004), a hospitalização leva a “alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, podendo bloquear temporariamente este processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade” (p. 33). Também Batalha (2017), aborda as consequências negativas da hospitalização que se manifestam “por ansiedade, perda da autonomia na realização de atividades diárias já adquiridas ou comportamentos regressivos como por exemplo a perda de controlo esfinteriano” (p. 4). Diogo, Vilela, Rodrigues e Almeida (2015) garantem igualmente que a hospitalização pode retardar provisoriamente, ou até mesmo, restringir, o desenvolvimento, sendo essencial tornar a hospitalização um acontecimento não traumático, numa experiência positiva de desenvolvimento e aprendizagem.

De acordo com Sanders (2014), a doença e a hospitalização são acontecimentos na vida da criança que envolvem, frequentemente, situações de *stress*, sendo que a representação dos medos e da ansiedade, confere à criança um meio para aliviar estas tensões. O mesmo autor também refere que as vivências da hospitalização na criança e família podem ser avassaladoras. Assim como a Ordem dos Enfermeiros (2010), considera a hospitalização como um acontecimento que gera na criança comprometimento físico e psicológico,

sendo imposto ao enfermeiro um conjunto de saberes e competências para potenciar um desenvolvimento infantil harmonioso, identificando as necessidades de cada criança e família. Desta forma, o enfermeiro deve facultar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, tal como o brincar, reduzindo a interferência negativa que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014).

A atividade lúdica promove o desenvolvimento infantil, seja ele cognitivo, motor, social ou afetivo, e além disso, ao brincar, as crianças estimulam a sua criatividade, autoconfiança, autonomia e curiosidade pelas brincadeiras e brinquedos, adquirindo novos conhecimentos e habilidades (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Como referem Niehues e Niehues (2014), a criança ao brincar desenvolve as suas habilidades motoras, ganhando mais autonomia nas atividades a executar, adquirindo maior tônus muscular, amplitude articular e massa muscular. No entanto, o intuito principal no brincar é que a criança se descubra, adquirindo experiências e construindo a sua identidade.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil emana orientações para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, com igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças, e reforça a importância dos cuidados antecipatórios, dando aos pais os conhecimentos necessários para a maximização do potencial de saúde do seu filho (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Com o intuito de incentivar a utilização do brincar nas intervenções de enfermagem, promovendo o desenvolvimento infantil será criado um “Foguetão Mágico”. Este será composto por diversos brinquedos adaptados a cada etapa do desenvolvimento e incluirá orientações para a sua utilização. No sentido de adequar o brinquedo às necessidades da criança considera-se fundamental avaliar o desenvolvimento de cada criança previamente à sua utilização, para desta forma maximizar o seu potencial de desenvolvimento.

O objetivo principal deste projeto é:

1. Desenvolver um projeto de intervenção no âmbito da utilização do brincar na promoção do desenvolvimento na criança com necessidades especiais de saúde.

Para a sua concretização foram estabelecidas atividades e indicadores de avaliação na tabela seguinte:

Tabela 1 – Quadro de atividades a desenvolver

| Objetivos | Data | Atividades | | Indicadores de avaliação |
|---|--|---|--|--|
| <p>- Desenvolver um projeto de intervenção no âmbito da utilização do brincar na promoção do desenvolvimento da criança com necessidades especiais de saúde</p> | <p>De 02 de Março a 30 de setembro de 2020</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, dotando-a das competências necessárias para a concretização do projeto; - Desenvolvimento de uma ação de formação sobre a importância do brincar na promoção do desenvolvimento infantil; - Criação de grupos de trabalho para a escolha dos brinquedos apropriados por faixa etária, pela equipa de enfermagem; - Desenvolvimento e construção do “Foguetão Mágico”, que consiste num foguetão repleto de brinquedos/brincadeiras adaptados às diferentes necessidades especiais e aos vários estádios de desenvolvimento da criança; - Construção de uma folha de registo para a avaliação do desenvolvimento da criança, para identificar quais os brinquedos necessários para estimular as áreas afetadas; - Desenvolvimento de um manual para a utilização do “Foguetão Mágico” e de uma norma de higienização de brinquedos; - Realização de um folheto informativo sobre o “Foguetão Mágico” e a sua utilização, para os pais. | <p>Humanos: Equipa de enfermagem.</p> <p>Físicos: Manual de utilização; Foguetão e Brinquedos</p> <p>Temporais: De 02 de março a 30 de setembro de 2020</p> | <p>- Questionário, aplicado à equipa de enfermagem e aos pais, sendo os resultados divulgados posteriormente em congressos de pediatria.</p> |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. Manual de estudo – versão 1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T.. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13. 43-51;
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 49-70). Loures: Lusociência;
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. D. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6, 113-121;
- McElfresh, P., & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: Lusociência;
- Niehues, J., & Niehues, M. (2014). Educação inclusiva de crianças com deficiência física: importância da fisioterapia no ambiente escolar. *Revista Neurociências*, 22 (1), 113-120;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano (8ª ed.)* Porto Alegre: Artmed;
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência.