



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Intervenção do Enfermeiro

Rita Susana Tomé Salvado

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Contexto de Cuidados de Saúde Primários - Intervenção do Enfermeiro

Rita Susana Tomé Salvado

Docente orientador: Maria Teresa Oliveira Marçal

2013



AGRADECIMENTOS

Obrigada:

Diogo e Miguel, pelos abraços de família e todas as coisas que não cabem nas palavras.

Mãe, pai e Rute, por toda a ajuda e apoio imensuráveis. Por continuarem a ser a minha “casa”.

Enfª M^a Teresa Oliveira Marçal, por tudo o que me ajudou a “ver” em mim e através de mim, nos outros. Pela generosidade e força inspiradora aparentemente inesgotável.

Orientadoras e enfermeiros nos locais de estágio, pela dedicação e exemplo positivo.

Amigos, pela paciência e insistência.

Colegas de curso, pelo apoio e partilha neste percurso.

“- Mãe, hoje na escola aprendi o que é o amor.

- E então?

- Então é fácil. É quando gostamos de alguém. Mas sabes o que não entendo?

- O que filho?

- Porque é que os dias passam. Isso eu não percebo. E também não percebo, porque é que.....se antes de existirmos, antes de todos termos nascido, se não existiam pessoas, nem coisa nenhuma, porque é que elas agora já existem. Se não existia ninguém não podia começar a existir alguém. Isso eu não percebo.”

Diogo, 4 anos

RESUMO

Com o presente relatório pretende-se revelar e analisar o trabalho realizado durante o estágio no âmbito da frequência do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O tema que serviu de fio condutor ao seu planeamento e concretização, foi a intervenção do enfermeiro na **avaliação do desenvolvimento infantil**. Essa avaliação, é uma das actividades que integram um conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil e da saúde, no âmbito das **consultas de vigilância de saúde infantil** ao nível dos **cuidados de saúde primários**. A sua importância justifica-se, por proporcionar uma base objectiva de informação sobre a criança, que serve de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança. Por outro lado, é a forma mais eficaz de detectar precocemente alterações no desenvolvimento e assim poder intervir o mais precocemente possível, quer nas funções afectadas quer nos factores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso dessas mesmas intervenções. A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada tanto pelos enfermeiros generalistas como pelos **enfermeiros especialistas**, cabendo aos últimos, a responsabilidade de assumir a liderança desses cuidados e assegurarem a sua qualidade. Foram identificadas, em contexto profissional, lacunas ao nível dessa mesma avaliação, sobretudo por necessidade de clarificação do papel do enfermeiro e por alguma insuficiência de conhecimentos consistentes neste âmbito. Assim, o delinear de um programa para a promoção do desenvolvimento infantil pela equipa de enfermagem, constituía-se como uma prioridade. No percurso em análise, desenvolveram-se as competências consideradas determinantes para a intervenção do Enfermeiro Especialista de SIP, num programa de **assessoria** que visa a boa prática no âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento infantil, com especial atenção na implementação de práticas de avaliação do desenvolvimento com recurso a um teste validado. As competências que se desenvolveram dizem sobretudo respeito à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, à comunicação com a criança e à gestão dos cuidados. É feita a discussão sobre o percurso realizado para o seu desenvolvimento e de que forma estas contribuíram efectivamente para a implementação do programa delineado.

Palavras chave: assessoria, avaliação do desenvolvimento infantil, consultas de vigilância de saúde infantil, cuidados de saúde primários, enfermeiro especialista.

ABSTRACT

The present report aims to reveal and analyze the work done during the clinical training within the frequency of the Master Course in Child Care and Pediatric Nursing Specialty.

The theme that guided the clinical learning planning and implementation, was nursing role in child development assessment.

This assessment is one of many activities included in a set of child health and development promoter care of child health surveillance at primary health care.

Its importance, is justified, mainly because it provides an objective basis of information about the child, which serves as a guidance to identify the care to stimulate children to develop their full potential. On the other hand, is the most effective way to detect early changes in the development and thus be able to intervene as soon as possible as well in affected functions as in risk factors, increasing the chances of success of those interventions.

The developmental assessment should be performed by both registered nurses and specialist nurses, framed in child health surveillance, although the latest with the responsibility to take the lead of care and ensure its quality.

It was identified in the professional context, a shortcoming in this assessment, particularly by the need to clarify nurses role and the lack of consistent knowledge in this area. Thus, the delineate of child development promoting program by the nursing team, constituted a priority.

In the reviewed route, the developed skills, were considered crucial for specialist nurses intervention in an advisory program that aims to good practice in child development promoter care, with special attention to the implementation of assessment practices using a validated test.

The developed skills were mainly concern the promotion and evaluation of child development, communication with children and care management. The discussion is focused on the traversed route taken for their development and how they contributed effectively to implement the drowned program.

Keywords: advice, child development assessment, consultations child health surveillance, primary care, specialist nurse.

ABREVIATURAS

<i>et al</i>	e outros
--------------	----------

nº	número
----	--------

p.	página
----	--------

SIGLAS

CIPE	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM
-------------	--

CRPC	CENTRO DE REABILITAÇÃO E PARALISIA CEREBRAL
-------------	---

CS	CENTRO DE SAÚDE
-----------	-----------------

DGS	DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
------------	------------------------

DI	DESENVOLVIMENTO INFANTIL
-----------	--------------------------

DPM	DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR
------------	----------------------------

EE	ENFERMEIRO ESPECIALISTA
-----------	-------------------------

PNS	PLANO NACIONAL DE SAÚDE
------------	-------------------------

OE	ORDEM DOS ENFERMEIROS
-----------	-----------------------

ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
------------	-------------------------------

REPE	REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO
-------------	---

SI	SAÚDE INFANTIL
-----------	----------------

SIP	SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
------------	----------------------------

ULS	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
------------	------------------------

WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
------------	---------------------------

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	4
3. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	11
3.1 PROMOVER O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	12
3.1.1 Elementos estruturantes da aprendizagem clínica: a contextualização, o referencial teórico e enquadramento conceptual	12
3.1.3 Discussão.....	16
3.2 COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA DE FORMA APROPRIADA AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO E À CULTURA.....	22
3.2.1 Enquadramento teórico.....	23
3.2.3 Discussão.....	26
3.3 GERIR OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO COM A EQUIPA PROFISSIONAL.....	28
3.3.1 Elementos estruturantes da aprendizagem clínica: a contextualização, o referencial teórico e enquadramento conceptual	29
3.3.3 Discussão.....	31
4. O PROGRAMA PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	
APÊNDICE 1_- QUADRO DE OBJECTIVOS ESPECÍFICOS, ACTIVIDADES E RECURSOS.....	
APÊNDICE 2_- GUIÃO PARA AS REUNIÕES INDIVIDUAIS E DE GRUPO	
APÊNDICE 3_- GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL	
APÊNDICE 4_- PROJECTO DE ESTÁGIO	

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório serve dois propósitos: o primeiro, como o seu nome indica, relatar as actividades realizadas e as aprendizagens obtidas, o segundo, ser ele próprio, um veículo de aprendizagem, meio de reflexão, organizador e aprofundador das aprendizagens.

Foi elaborado, tendo por base o estágio clínico realizado durante o 3º semestre do 2º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e que decorreu entre 4 de Outubro e 16 de Fevereiro de 2012.

O planeamento deste estágio teve como ponto de partida não só o perspectivar de experiências para o desenvolvimento como Enfermeira Especialista (EE) mas também a identificação de um problema verificado no domínio da Saúde Infantil (SI) no contexto da prática profissional, num Centro de Saúde localizado numa zona rural do sul do país .

Após a compreensão do problema e das competências preconizadas para o EE em SIP, foi realizada pesquisa em base de dados científica, foram conhecidos diferentes contextos de prestação de cuidados e estruturado um projecto de estágio que desse resposta ao problema em apreço. O conhecimento mais aprofundado das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, permitiu identificar aquelas a aprofundar de forma a implementar com sucesso o programa que viesse a ser delineado. Este processo decorreu no 2º semestre do curso e culminou na elaboração de um projecto de estágio que se encontra no apêndice nº4.

O problema então identificado fez emergir a temática em torno da qual o estágio foi realizado, a avaliação do desenvolvimento infantil, integrada num conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento e por isso parte indissociável da vigilância de saúde da criança.

A pertinência de estudar e intervir neste domínio é justificada de forma abrangente pela OMS¹ no âmbito dos seus objectivos do milénio ao referir que: *“o futuro das sociedades humanas depende da possibilidade que as crianças tenham de atingir o seu óptimo crescimento físico e desenvolvimento psicológico. (...) educar os filhos para atingirem o seu potencial.”*

Assim, a intervenção do enfermeiro no domínio da avaliação do desenvolvimento infantil, não se esgota na detecção ou mero rastreio do desenvolvimento. Trata-se sim, de uma

¹ http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/en/index.html

abordagem multidimensional e abrangente que inclui a avaliação do estado de saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, através de cuidados antecipatórios, a identificação das situações de risco, detecção precoce de problemas e intervenção e/ou referência para equipas ou técnicos especializadas quando necessário.

Tanto a comunidade científica, como os documentos normativos nacionais²³ e internacionais evidenciam a importância da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no entanto, esses saberes e directrizes nem sempre se reflectem numa prática generalizada e sistemática, aspecto que também se verifica no contexto de trabalho referido. A primeira questão que se colocou foi: porque motivos a avaliação do desenvolvimento não é continuamente realizada conforme as directrizes da DGS?

Na procura de compreender as razões desse fenómeno, outras questões se levantaram: porque é que essa prática, não está, aparentemente, a ser valorizada por prestadores de cuidados e pelos seus gestores?; com que constrangimentos se deparam os enfermeiros, que dificultam as boas práticas no âmbito da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil?; que investimento é necessário e exequível em termos de formação e recursos, de forma a que essas práticas possam ser melhoradas?

As respostas a essas questões foram ganhando consistência e profundidade ao longo do estágio, da reflexão sobre os diferentes momentos de observação, de práticas, das entrevistas e discussões tidas com os diversos orientadores e enfermeiros nos diferentes locais de estágio e das diversas experiências de aprendizagem. A inclusão destas preocupações/interrogações nas diferentes reflexões aprofundou as aprendizagens e permitiu o desenvolvimento de uma visão mais ampla do enquadramento dos cuidados promotores do desenvolvimento.

Os objectivos gerais definidos para o processo de aprendizagem clínica, enfatizam as competências necessárias para implementar o programa de avaliação do desenvolvimento infantil, no contexto do Programa de Vigilância de Saúde Infantil, não se esgotando nelas.

A estrutura do presente relatório, num primeiro momento, parte dos objectivos definidos e das atividades realizadas, detendo-se, num segundo momento, numa análise reflexiva das aprendizagens assente no Ciclo de Gibbs. Por fim, apresenta-se a proposta do

² DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de actuação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

³ Alto Comissariado da Saúde (2009) - **Comissão Nacional Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde

programa: “Avaliação o desenvolvimento infantil em contexto de cuidados de saúde primários – intervenção do enfermeiro”.

O fenómeno estudado, tal como outros no domínio da saúde tem uma dimensão multiprofissional, o que implica, sem esquecer a dimensão da complementaridade em saúde, definir o campo de intervenção da enfermagem e estabelecer padrões de qualidade desses cuidados. O enquadramento conceptual adoptado, em harmonia com o adoptado pela Unidade Local de Saúde da região do contexto profissional, corresponde ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), aspecto que contribuiu de forma positiva e facilitadora para a implementação do programa delineado.

Como referencial para os cuidados de enfermagem, recorreu-se ainda à Teoria das Transições de Afaf Meleis. A sua escolha foi justificada por oferecer, como se verá no corpo do relatório, uma interpretação que clarifica e se compatibiliza com o objectivo das consultas de vigilância infantil, na medida que proporcionam cuidados de enfermagem promotores da transição para a parentalidade e adaptação aos diferentes estágios de desenvolvimento da criança.

Procurou-se ainda, respeitar e evidenciar uma perspectiva holística e ecológica da criança, assim como as filosofias subjacentes aos cuidados de enfermagem pediátricos, nomeadamente cuidados centrados na família, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos, por contribuírem para uma abordagem mais eficaz e completa dos cuidados à criança em desenvolvimento.

Toda a informação reunida e seleccionada, permitiu construir um referencial actualizado para os cuidados de enfermagem à criança, utilizado não apenas para elaboração do presente relatório, mas também para disponibilizar à equipa de enfermagem no contexto de trabalho como parte da implementação do programa delineado.

O formato escolhido para o relatório, procurou dar ênfase às aprendizagens e reflexões que contribuíram para a aquisição das competências pretendidas e igualmente para a implementação do programa.

No final do trabalho é apresentado e reflectido o percurso e o resultado da implementação do programa delineado para o problema em contexto de trabalho. Na conclusão apresenta-se em que medida as competências desenvolvidas refletem um crescimento profissional, o seu impacto na prática diária presente e de que forma consolidam as bases do percurso profissional para o futuro.

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Tendo como objectivos gerais para o estágio, o desenvolvimento das seguintes competências: (1) promover o crescimento e desenvolvimento Infantil, (2) comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, e (3) otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, foram delineadas as actividades descritas ao longo deste capítulo numa perspectiva integradora com as competências referidas, e percorrendo-se os diferentes locais de aprendizagem clínica.

As actividades mais relevantes para a aprendizagem foram organizadas em três grandes domínios, a pesquisa bibliográfica, a observação participativa dos cuidados de enfermagem e a reflexão sobre experiências relevantes.

Em todos os locais de estágio, a primeira preocupação foi sempre seleccionar e interiorizar um referencial teórico que permitisse sustentar a reflexão sobre a prática de enfermagem.

Ao longo do estágio foi necessário aprofundar o referencial já seleccionado durante a fase de elaboração do projecto de estágio, sobre temáticas mais específicas como a prematuridade, a criança em contexto de hospitalização e criança com alterações de desenvolvimento e comportamento. Esta fundamentação, foi enriquecida através da pesquisa realizada nos diferentes locais de estágio, e que tinha por objectivo identificar os referenciais teóricos que serviam de base à prática dos enfermeiros.

Foi necessário também, aprofundar o estudo sobre a comunicação com a criança em diferentes estágios de desenvolvimento e aos seus pais, de forma a dar consistência às reflexões que foram sendo realizadas. No âmbito da implementação do programa, foi ainda necessário aprofundar o estudo sobre liderança.

Relativamente à observação participativa, e para dar resposta aos objectivos específicos delineados, procuraram-se, em cada contexto, as experiências que poderiam evidenciar os conhecimentos e actividades promotoras do desenvolvimento infantil adoptados pelos enfermeiros.

Foram realizadas em todos os locais de estágio reflexões sobre interacções e outras experiências consideradas potencialmente construtivas em termos de aprendizagem no âmbito das temáticas que integravam os objectivos gerais para o estágio.

Como primeiro local de estágio, escolheu-se estrategicamente um **Centro de Saúde** (CS) pois pretendia-se à partida uma base para comparação que permitisse reflectir as práticas de contexto profissional e detectar eventuais lacunas, tanto no referencial adoptado, como nas práticas de vigilância de saúde infantil.

O referencial teórico disponível no CS sob a forma de documentos científicos, trabalhos académicos realizados por alunos de Especialidade em SIP (sobre promoção do desenvolvimento, mas também outras temáticas no âmbito de cuidados antecipatórios) e documentos compilados pela EE em resultado da frequência de formações na área deste projecto, foram considerados de especial relevância e por isso integrados no referencial em construção para o contexto profissional.

Foi possível observar e reflectir a organização adotada pela equipa de enfermagem no que concerne à vigilância de saúde da criança, tendo sido construído um guião (que pode ser consultado no apêndice nº3 do relatório) que direccionou a observação para diferentes domínios como a estrutura física do espaço de consulta, a gestão do tempo, os aspectos comunicacionais, as práticas de promoção e avaliação do desenvolvimento.

Foi possível realizar sob supervisão, consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil a crianças até aos dois anos de idade. Pelo grande volume de crianças inscritas no CS, apenas até aos dois anos eram seguidas pela EE SIP e a partir daí por enfermeiros generalistas. A duração do estágio não permitiu observar as práticas de outros enfermeiros.

Foi dada especial atenção às estratégias para se obter a participação da criança nas actividades que integram o “teste de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan”, sobretudo através do jogo e brincadeira e sempre que possível partindo de actividades da “iniciativa” da criança.

Foram realizadas reflexões escritas baseadas em momentos de estágio no âmbito das consultas de vigilância em que se evidenciaram os aspectos relativos aos desenvolvimento infantil e às estratégias e técnicas de comunicação com a criança e pais.

Seguiu-se o contexto de **Neonatologia**, para o qual se sentiu necessidade de aprofundar o estudo pelo facto de não se dispor de experiência profissional na área. A dificuldade na oferta de cuidados específicos a crianças prematuras e suas famílias ao nível dos CSP fora uma das lacunas já identificadas e que motivaram para a aprendizagem neste contexto tão específico.

Também se começou por identificar o referencial utilizado pelos enfermeiros da unidade através de entrevista aos enfermeiros e leitura dos documentos e protocolos disponíveis no serviço. Dispunham de documentação relevante relacionada entre outros com os seguintes aspectos: protecção e promoção do desenvolvimento do bebé prematuro,

técnica de canguru, terapia de hipotermia induzida, controle da dor em bebês prematuros e avaliação da dor através da escala N-Pass, promoção do aleitamento materno como estratégias adequadas a bebês prematuros.

Três temas foram aprofundados com especial interesse neste contexto, os cuidados promotores do desenvolvimento do bebê prematuro, a vinculação e a comunicação com os pais em processo de transição para a parentalidade e saúde-doença.

Relativamente aos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento ao bebê prematuro observados, estes envolveram sobretudo o controle e limitação na sobrecarga de estimulação dos sentidos, o respeito pela sua vulnerabilidade física, a promoção do processo de vinculação e aleitamento materno. Observou-se a execução e benefícios da técnica canguru, técnicas de estimulação do reflexo de sucção, e todos os mecanismos e estratégias de organização dos procedimentos de forma a proteger o desenvolvimento do bebê prematuro. Foi possível participar, com supervisão, nos cuidados de higiene e conforto, alimentação, manutenção da temperatura corporal e da integridade cutânea. Foram ainda realizadas algumas técnicas mais invasivas como aspiração de secreções e entubação orogástrica procurando respeitar e diminuir a dor e stress do bebê. Foi possível observar a reação hemodinâmica dos prematuros ao *stress* e dor.

Observaram-se diferentes reações dos pais neste processo de transição para a parentalidade e estratégias da equipa de enfermagem não só no sentido de assegurar apoio emocional, mas também, dando informações adequadas à sua condição e circunstâncias, que os permitisse participar na tomada de decisões, na procura de uma real parceria de cuidados.

Foi também possível, interagir com os pais, ajudando-os a aceitar, descobrir e assumir o seu papel de pais, no provimento das necessidades do seu filho e promover a vinculação, ao ensinar-lhes como realizar os cuidados necessários à resposta as necessidades, nomeadamente no âmbito da higiene, dos cuidados à pele, da alimentação, das estratégias de adormecimento e consolo.

Foi possível na mesma instituição, observar consultas médicas de desenvolvimento a crianças prematuras com 2, 3 e 5 anos aplicando a escala de Denver. Assim como entrevistar a psicóloga que dá apoio às crianças referenciadas pelo médico da consulta atrás referida e conhecer a sua opinião e experiência de aplicação de escala de Griffiths.

Foram realizadas reflexões baseadas em interações vividas neste contexto e que realçaram os cuidados promotores do desenvolvimento ao bebê prematuro.

No **Centro de Paralisia Cerebral** o enfoque esteve nos cuidados às crianças com alterações de desenvolvimento e abordagem à família em processo de transição de doença. Foi possível ter acesso a documentos elaborados pelos próprios profissionais da instituição sobre desenvolvimento infantil, diagnóstico de paralisia cerebral, abordagem à família e gestão de informação relacionada o diagnóstico de paralisia cerebral, legislação e benefícios disponíveis à criança e jovens com deficiência, bases e programas de intervenção precoce, diferentes abordagens na habilitação da criança com paralisia cerebral e comunicação aumentativa. Foi ainda possível, aceder a documentos de formações relativas à avaliação do desenvolvimento com base na “Escala de Avaliação das competências no desenvolvimento Infantil II” também elaborados por profissionais desta instituição e peritos na aplicação da escala.

A observação foi dirigida sobretudo no sentido dos objectivos que visavam a identificação das necessidades afectadas em crianças com alterações de desenvolvimento e das competências necessárias para intervir nas crianças e famílias com processos de transição de saúde/doença associados.

Foi possível observar crianças com diferentes tipos de paralisia cerebral e diferentes tipos de alterações de desenvolvimento e crescimento.

Pôde-se identificar os principais problemas de saúde presentes em crianças com paralisia cerebral, nomeadamente ao nível motor, neurológico, da função respiratória, da nutrição/hidratação e da integridade cutânea.

Observou-se o enfermeiro nas suas entrevistas às famílias e abordagem à criança, centradas nas necessidades e processos de transição de cada criança e nas competências específicas que os pais necessitavam de dominar para cumprirem o seu papel e serem envolvidos em parceria de cuidados com a equipa.

Foi possível observar o EE em SIP avaliar o desenvolvimento infantil integrado numa metodologia multiprofissional e reflectir sobre o seu papel no seio dessa equipa, assim como observar a sua articulação e prestação de cuidados interdependentes com os diferentes técnicos da instituição, nomeadamente, com fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, educadoras de infância, médicos, assistente social.

Foram ainda observadas consultas médicas de avaliação do desenvolvimento, nas quais se percebeu a importância do conhecimento profundo das histórias clínicas de cada criança com alterações de desenvolvimento.

Foi ainda uma importante oportunidade para comunicar com crianças com alterações de desenvolvimento cognitivo e da fala, utilizando técnicas de comunicação aumentativa.

Neste Centro tomou-se conhecimento da importância do conceito de habilitação, distinto de reabilitação, em que as intervenções se baseiam na capacidade plástica do cérebro e no facto de se estar a estimular uma capacidade que o cérebro nunca adquiriu em oposição a recuperar uma capacidade perdida.

Tal como nos anteriores contextos foram realizadas reflexões escritas sobre estas experiências.

No estágio no **Serviço de Pediatria** (com internamento médico e cirúrgico), procurou-se dirigir a aprendizagem no sentido de desenvolver ferramentas e habilidades comunicacionais com a criança em diferentes estágios de desenvolvimento e em situação de *stress*.

Foram prestados cuidados a crianças e jovens com patologias médicas e cirúrgicas respeitando as filosofias de cuidados centrados na família e parceria de cuidados.

Foi possível observar o impacto do internamento e doença no desenvolvimento infantil, assim como explorar estratégias de ajuda aos pais no sentido de minorar as suas consequências negativas e até mesmo de usar as experiências de confrontação com o stress como experiência positiva no desenvolvimento emocional da criança.

Foi especialmente rico em aprendizagem, a prestação de cuidados a crianças com alterações de desenvolvimento, nomeadamente com paralisia cerebral, internadas por infeções respiratórias graves. Estas situações permitiram por um lado desenvolver estratégias para intervir nas suas várias áreas de dependência, mas também de comunicar com a criança com todas estas limitações físicas e cognitivas assim como com as famílias. Foi importante conhecer o percurso destas famílias sujeitas a internamentos de repetição, as suas dificuldades e sofrimento, assim como as estratégias que foram adotando.

Houve ainda possibilidade, na mesma instituição onde foi realizada este estágio, de observar mais consultas médicas de desenvolvimento em crianças com alterações de desenvolvimento cognitivo e comportamento.

Relativamente ao estágio na **Urgência Pediátrica**, deu-se atenção ao conhecimento do circuito da criança nos diferentes momentos de atendimento de enfermagem no serviço, desde a triagem, à sala de tratamentos e Sala de Observação. No entanto a aprendizagem concentrou-se sobretudo nas situações de crianças em contexto de Sala

de Observação (SO) onde ficavam internadas até 24 horas. O serviço dispunha de um referencial muito abrangente, evidenciado pelos manuais elaborados pelos enfermeiros do serviço com base na linguagem CIPE, relativos aos fenómenos de enfermagem mais frequentemente presentes no serviço. Foi também aprofundado o conhecimento sobre triagem através da leitura do referencial usado pela equipa de enfermagem e da observação das consultas de triagem realizadas pelos enfermeiros.

Acompanhámos crianças e adolescentes em situação de doença aguda e, para além dos conhecimentos no âmbito da intervenção de enfermagem em crianças com diferentes situações patológicas como epilepsia, diabetes, traumatismo craniano, síndrome febril não esclarecido, entre outras, foi possível aplicar conhecimento sobre desenvolvimento infantil e comunicação com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, sobretudo numa perspectiva de cuidados não traumáticos.

Tivemos igualmente oportunidade de aperfeiçoar aspectos de destreza na realização de alguns procedimentos, fato que consideramos importante por não serem frequentes nas actividades da prática profissional diária.

Também neste estágio de internamento de pediatria, foi dada especial atenção à comunicação com a criança em situação de stress e à abordagem aos pais em processo de transição saúde-doença. Foi igualmente sido relevante a oportunidade de reflectir sobre a comunicação com o adolescente, embora esta não fizesse parte dos objectivos gerais do estágio.

À semelhança das anteriores experiências as práticas de cuidados foram acompanhadas de reflexões escritas, neste caso também com situações que envolviam adolescentes e o seu desenvolvimento.

Por fim o estágio no **Serviço de Saúde Mental Infanto-juvenil**, permitiu o contacto com uma área específica, as alterações de comportamento, frequentemente associadas às alterações do desenvolvimento.

Foi um estágio de curta duração, integrado no estágio de contexto profissional e que teve efeito imediato na prática profissional, nomeadamente na sensibilização para detectar e referenciar precocemente alterações ou situações de risco no âmbito da saúde mental. Foi relevante o referencial normativo relativo à prática clínica no âmbito da saúde mental infantil e juvenil, conhecido através do Serviço de Saúde Mental e ainda não divulgado e utilizado em contexto profissional. Consolidou-se o conhecimento sobre as patologias mais frequentes e que justificam referência assim como o modo como deveria ser

realizada essa referenciação. Embora este esclarecimento tivesse sido feito principalmente através da consulta do documento “Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários”, conhecido neste contexto, com base no mesmo e nas entrevistas realizadas às EE sobre a dinâmica de funcionamento do serviço, foi possível elaborar um fluxograma de referenciação para crianças com alterações ou suspeita de alterações de comportamento. Observaram-se duas sessões de psicoterapia em crianças em idade pré-escolar e uma sessão a um adolescente e desta forma conhecer melhor a intervenção das EE deste serviço, assim como alguns dos instrumentos utilizados, de que destaco a escala usada para rastreio da Hiperactividade com Défice de Atenção (Escala de Conners para pais e professores) e orientações que devem ser dadas aos pais para a sua aplicação correcta.

À excepção do contexto de trabalho e do CS, nos restantes contextos de estágio esteve-se perante a criança a viver situações mais complexas, com processos de transição saúde-doença e alterações de desenvolvimento e comportamento. Em todos os locais seleccionados para aprendizagem clínica esteve sempre em foco a procura pela identificação de cuidados para a promoção do desenvolvimento e facilitação do papel parental, numa óptica de parceria de cuidados e o meio por excelência de promoção do desenvolvimento infantil.

3. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo do capítulo que se inicia, procurou-se analisar as experiências vivenciadas durante o estágio que foram relevantes para a aprendizagem, evidenciando de que forma foram contribuindo para a apropriação do conhecimento e das competências próprias do Enfermeiro Especialista em SIP.

Tendo como fio condutor, a necessidade de construção de um programa para a avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de cuidados de saúde primários, far-se-á uma abordagem compreensiva da temática, e do percurso de aprendizagem delineado, que abrangeu três domínios de competência interligados: a promoção do desenvolvimento infantil, a comunicação com a criança e família e por fim o processo de cuidados ao nível da gestão de equipas e da tomada de decisão.

A escolha da estrutura do relatório, foi, ela própria, uma reflexão e um desafio. Perante a questão sobre qual a organização que melhor exibiria o caminho percorrido e aprendizagens relevantes, começou por se considerar os objectivos específicos como pontos de partida da reflexão pois foram estes que orientaram a elaboração do plano de actividades da aprendizagem clínica. No entanto, após várias tentativas de redacção, procurou-se simplificar a estrutura e aprofundar a reflexão ao redefinir a sua base. A análise foi então organizada pelos três grandes temas de aprendizagem identificados e profundamente interligados às competências a atingir. A cada um destes três domínios, corresponde um subcapítulo, iniciado com uma nota de enquadramento, onde são explicitados os conceitos preponderantes. Outros conceitos estruturantes da aprendizagem, que começaram por ser definidos no projecto que precedeu o estágio, tiveram necessidade de ser recuperados pela justificada oportunidade para o seu aprofundamento.

Segue-se, por domínio, a descrição das actividades mais significativas e a análise dos seus resultados em termos de aprendizagem realizada.

Termina-se cada capítulo com uma síntese reflexiva onde se evidencia de que forma se conseguiram atingir os objectivos gerais propostos assim como o desenvolvimento de outras competências relevantes do domínio da enfermagem.

3.1 PROMOVER O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Com a escolha deste primeiro objectivo geral, que se reporta a uma unidade de competência do EE de SIP⁴, como eixo de reflexão e aprendizagem, pretendia-se a aquisição das competências essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, à criança em crescimento e desenvolvimento. Pretendia-se mais concretamente, obter contributos para elaboração de um programa que contribuisse para uma abordagem de excelência nas práticas de promoção e avaliação do desenvolvimento infantil nos CSP. Importa por isso, mobilizar os critérios de avaliação que correspondem a esta unidade de competência e que se constituíram como orientadores das actividades planeadas e realizadas. Estes critérios compreendem (1) a demonstração de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento, (2) a avaliação o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, e (3) a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2009).

Ao longo deste sub-capítulo procurou-se respeitar estes critérios e torná-los transversais a todos os contextos de estágio, ressaltando em cada local as suas especificidades assim como aquilo que lhes era comum.

3.1.1 Elementos estruturantes da aprendizagem clínica: a contextualização, o referencial teórico e enquadramento conceptual

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é um domínio do saber que tem de estar presente em todas as acções dos enfermeiros que interfiram de forma directa ou indirecta com crianças. O impacto dos cuidados centrados no desenvolvimento da criança reflectem-se por toda a sua vida. É esperado que os enfermeiros, não só dominem e apliquem conhecimento científico dos diferentes domínios do desenvolvimento (físico, social, psicológico, cognitivo, moral, motor, etc.) como conheçam e intervenham nos seus determinantes. As relações entre saúde, crescimento físico, desenvolvimento psicológico e cuidados parentais têm-se tornado cada vez mais claras nas últimas décadas (WHO, 1999, p.1). Assim se justifica, que parte das acções promotoras do desenvolvimento infantil incidam no empoderamento dos pais ajudando-os na transição para esse papel com permanentes desafios e exigências.

⁴ OE. Regulamento nº.123/2011 DR, 2ª série

Para além do conceito de desenvolvimento infantil, foram aprofundados os conceitos de papel parental e plasticidade cerebral, pela sua importância relativamente ao tema. A pesquisa realizada, revelou uma grande diversidade de definições de desenvolvimento infantil associado às diferentes disciplinas que o têm como objecto de estudo, tendo-se optado neste relatório, por utilizar as definições propostas pela CIPE.

Segundo a CIPE® versão 2 o conceito de desenvolvimento infantil inclui o crescimento e o desenvolvimento físicos. Não obstante sejam dois aspectos interrelacionados e interdependentes, e ambos sejam alvo da intervenção do enfermeiro nas consultas de vigilância, foi sobre o desenvolvimento nos seus diferentes aspectos que se optou por aprofundar, e sobre o crescimento, apenas como determinante do desenvolvimento.

Assim, optou-se para este trabalho, por uma definição de desenvolvimento psicomotor proveniente do manual CIPE® versão 2, pois é abrangente e inscreve-se numa linguagem própria da enfermagem,:

“Processo de desenvolvimento infantil: Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspectos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos” (CIPE, 2011, p.48).

A própria definição adequa-se ao modelo teórico escolhido na medida em que define o desenvolvimento como um processo evolutivo que pode ser interpretado como uma sucessão de transições de uns estágios para outros.

Outro conceito determinante para a compreensão do fenómeno do desenvolvimento, é o de “papel parental” dado os pais serem os principais agentes de promoção do desenvolvimento das crianças, conforme atesta a própria definição:

“Papel de Membro de família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais, internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores, sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente” (CIPE 2, 2011, p.66).

Reforçando a importância do papel parental no desenvolvimento infantil, a WHO (1999, p.2), refere que as crianças com necessidades, devido a falta de conhecimentos dos pais, são as que melhores respostas apresentam em consequência de intervenções no âmbito

da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, quando essa intervenção promove a sua capacidade de intervenção junto dos filhos.

A investigação científica comprova ainda, que a precocidade das intervenções aumenta a qualidade das respostas devido à plasticidade cerebral da criança durante os primeiros cinco anos de vida e em especial nos primeiros três anos. Motivo este, que deve fazer incidir acções de rastreio e detecção de problemas o mais precocemente possível com vista à manifestação máxima do potencial de cada criança.

Os vários autores das diferentes disciplinas, quer nos referamos ao desenvolvimento físico, motor, quer ao desenvolvimento social/relação, ou cognitivo, demonstram que as crianças apresentam sempre a mesma sequência de desenvolvimento, respeitando diferentes etapas e apresentando janelas de oportunidade máxima para o desenvolvimento de diferentes competências. Distinguem-se no entanto na velocidade e grau com que as atingem.

É também importante esclarecer, que quando nos referimos à avaliação do desenvolvimento, estiveram implícitos alguns pressupostos: (1) que a observação da criança seja feita de uma forma continuada e flexível, ou seja, tanto nas idades chave preconizadas pela DGS como em todos os contactos oportunos; (2) que os enfermeiros que a realizem, tenham conhecimentos actualizados e consistentes em desenvolvimento infantil; (3) que o conhecimento e perícia dos pais sobre os seus filhos sejam valorizados nessa vigilância; e por fim (4) a aplicação de um teste cientificamente validado em determinadas idades chave. Tanto a DGS como a OE recomendam a utilização testes de avaliação do desenvolvimento nomeadamente a Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan.

Como foi referido, a utilização de um teste, apenas faz sentido quando este está incluído numa vigilância continuada da saúde infantil e no âmbito de um largo conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil. Para tal, é importante compreender diferentes vertentes do desenvolvimento infantil para melhor compreender a especificidade das respostas de cada criança. Não importa apenas conhecer a sequência de evoluções ao nível do desenvolvimento, mas também é necessário compreender a interpretação que autores de referência dos diferentes domínios dão desse mesmo desenvolvimento sob pena de não se conseguir dar respostas fundamentadas e de encontro às especificidades de cada criança. É assim importante referir que como base de compreensão do fenómeno do desenvolvimento infantil o estudo se centrou adoptando

como referencia para o desenvolvimento cognitivo os estudos de Jean Piaget, para o desenvolvimento psicossocial os estudos de Erick Erickson, para o desenvolvimento Moral, Lawrence Kolberg, para a vinculação os estudos de Mary Ainsworth, e por fim todo o trabalho de T. Berry Brazelton no âmbito do comportamento da criança.

Compreendido o fenómeno do desenvolvimento infantil, importou perceber de que forma este pode ser interpretado e constituir foco de atenção da enfermagem.

Para esta reflexão suportámo-nos na Teoria da Transição de A. Meleis. Assim, segundo MELEIS e TRANGESTEIN (1994, p.255), a enfermagem necessita de um conceito organizador que possibilite uma variedade de pontos de vista e teorias de enfermagem, não confinado a uma cultura e que ajude a identificar o foco da disciplina. Na opinião das mesmas autoras, as experiências de transição dos clientes, famílias, comunidades, enfermeiros, e organizações, com a saúde e bem-estar, tanto como objectivo como resultado, reúne esses critérios. Assim sendo as autoras (1994) propõem que facilitar transições é o foco da disciplina de enfermagem.

Segundo CHICK e MELEIS (1986), *transição* é entendida como “ uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados das complexas interacções pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está incorporado no contexto e situação”.

Perante este enquadramento, no contexto de uma consulta de vigilância de saúde infantil, o enfermeiro tem como objecto dos seus cuidados, uma família em processo de transição ou na eminência de processos previsíveis de transição. A transição mais frequentemente identificada e descrita em literatura, é a da parentalidade, esta transição para parentalidade é particularmente complexa nos primeiros anos de vida da criança, também pelo processo de desenvolvimento da criança que “obriga” os pais a um processo de adaptação e ajustamento às diferentes fases de desenvolvimento podendo conduzir a uma insuficiência de papel. A própria idade é um dos aspectos que está incluído no conceito de transição desenvolvimental, no entanto apenas se encontraram estudos com transições em fase escolar e da adolescência.

Relativamente ao papel do enfermeiro Meleis *et al* (2000) referem que quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais dos clientes e suas famílias por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas preparando-os para melhor lidarem com essas transições através da

aprendizagem e aquisição de novas competências. Meleis refere-se a este papel terapêutico de enfermagem como, papel de suplementação.

Este aspecto dá um novo sentido à promoção do desenvolvimento infantil dado que, explorar e conhecer o ambiente familiar é sobretudo descobrir “aquela” criança/família. Esse conhecimento deve ter como objectivo identificar as ferramentas que os pais já dispõem, e seleccionar aquelas que lhes podemos ensinar a usar para que estes estejam capacitados a exercer a sua parentalidade de forma consciente e pro-activa. Esta capacitação é a melhor estratégia para que a transição para a parentalidade se faça com o mínimo de vulnerabilidade e maior probabilidade de sucesso.

É importante também, que os enfermeiros estejam despidos para a existência em simultâneo de várias situações de transição, como a perda de um emprego, a existência de familiares a precisar de cuidados de saúde, o nascimento de um irmão, e adapte a sua intervenção. Neste sentido, o EE, tem uma visão e sensibilidade privilegiada, já que mobiliza todos os elementos da família e até mesmo elementos próximos da comunidade, nos cuidados à criança.

Este enquadramento foi determinante na interpretação feita das observações do trabalho dos enfermeiros nos diferentes estágios. Referimo-nos não apenas às suas intervenções independentes mas também às suas intervenções interdependentes assim como ao seu espaço de intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar.

3.1.3 Discussão

Embora já com alguma experiência profissional em vigilância da saúde da criança, a natureza abrangente e volume de trabalho de uma enfermeira de família dificultam o aprofundamento em actividades específicas como a avaliação do desenvolvimento assim como o desenvolvimento de competências necessárias à especificidade no atendimento de crianças com risco ou alterações de desenvolvimento.

Na fase inicial do estágio, apesar da preparação realizada e interesse pela temática, sentia-se alguma insegurança na mobilização dos conhecimentos e necessidade de os validar com peritos na área. Na realidade, havia um sentimento de asoberbamento com a tomada de consciência da quantidade de conhecimento e dimensões que a temática “avaliação do desenvolvimento” implicava dominar para uma intervenção de qualidade pelo enfermeiro.

Considerando que a temática do desenvolvimento infantil foi orientadora para o estágio planeado, de forma directa ou indirecta, todas actividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento desta competência, conduzindo-nos novamente, aos três critérios de avaliação⁵ da unidade de competência para organização da análise.

(1) Relativamente à demonstração de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento, foi um percurso que se foi apoiando na permanente atualização através da pesquisa e leitura de documentos científicos, mas sobretudo no esforço e desenvolvimento da habilidade de os incorporar na prática clínica.

Houve uma consolidação dos conhecimentos relativos ao desenvolvimento da criança saudável habitualmente mobilizados em contexto de prática profissional. Referimo-nos principalmente aos aspectos de desenvolvimento social e cognitivo. Houve também o apuramento da sensibilidade na interpretação das respostas e aquisições das crianças e no seu enquadramento dentro da flexível janela de normalidade dos diferentes estágios de DI. Foram contribuidoras para este desenvolvimento, sobretudo as reflexões realizadas no âmbito do CS, pois permitiram o reflectir sobre a prática diária com uma atenção e profundidade que nem sempre é possível pelo tempo e energia que exigem. Identificaram-se algumas lacunas em termos de conhecimento que se traduziam em limitações e erros na abordagem à criança e mesmo nos cuidados antecipatórios.

Pelo facto do CS de ter sido o primeiro contexto de aprendizagem, abriu caminho, para através destas mesmas reflexões, identificar lacunas de conhecimento, indispensáveis para uma abordagem fundamentada a crianças prematuras e com alterações de desenvolvimento.

Em contexto de **urgência e internamento pediátrico**, pôde aplicar-se os mesmos conhecimentos sobre DI em duas importantes vertentes: por um lado ao tê-los por base de qualquer abordagem à criança, reduzindo o impacto negativo da experiência hospitalar e das intervenções invasivas ou dolorosas, por outro lado, identificando comportamentos de regressão no desenvolvimento como reação de adaptação à situação de *stress*, e informando e orientando os pais relativamente a essas reacções.

Procurou desenvolver com a criança e pais estratégias positivas de confrontação com o *stress* e dor que pudessem utilizar também no futuro. Estas estratégias, envolveram todo um conhecimento sobre DI em todas as suas vertentes, e intervenções que incluem a

⁵ OE, 2009: E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

escolha da linguagem verbal e não-verbal adequada ao estágio de desenvolvimento e características específicas da criança, a escolha da brinquedos ou jogos adequados, a organização e decoração do espaço envolvente e inclusive a escolha de quantas pessoas, quais e de qua forma se devem posicionar e comportar no momento das intervenções.

Ainda no âmbito do estágio no internamento de Pediatria foi dada atenção à forma como os aspectos do DI eram valorizados nos registos de enfermagem. O instrumento de colheita de dados, tinha vários ítems relativos ao desenvolvimento infantil, no entanto alguns deles não eram habitualmente preenchidos. As justificações apresentadas pelos colegas referiam maioritariamente que os próprios pais muitas vezes não sabiam responder porque nunca tinham valorizado determinado aspecto do desenvolvimento do seu filho. Perante uma situação em que a recção normal da criança é a regressão a um estágio de desenvolvimento anterior, é importante saber reconhecer os diferentes sinais transmitidos pela criança, sendo para tal necessário conhecer o seu padrão de comportamento habitual. É preciso notar que o actual boletim de vigilancia de saude infantil, não dispõe de um modelo que permita registar de forma facilmente legível os progressos do desenvolvimento psicomotor das crianças, e na maioria das vezes não existe qualquer registo para além do registo relativo ao crescimento. Neste sentido, os enfermeiros também devem assumir um papel de promotores no correcto preenchimento deste boletim pelas vantagens que podem trazer na transmissão de informação útil aos profissionais de diferentes contextos.

Relativamente ao contexto de **Neonatologia**, foi possível aplicar conhecimentos sobre DI na prestação de cuidados a prematuros com necessidade de internamento em cuidados intermédios. A promoção do desenvolvimento, é nesta fase, crucial para a qualidade de vida futura da criança e essa preocupação esteve presente em todos os actos e decisões tomadas que envolvessem o cuidado da criança. Embora estes cuidados pareçam frequentemente diluídos noutras atividades, implicavam um compromisso da equipa como um todo porque diziam respeito à diminuição da sobrecarga de estímulos do ambiente e ao esforço conjunto da equipa multidisciplinar de reduzir o número de manipulações à criança, através da gestão das intervenções para que estas coincidissem no tempo e se reduzissem os períodos de desorganização do sistema nervoso do bebé. O que se encontrou foi uma prática da equipa de enfermagem no âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento de acordo com a evidência científica recente.

O impacto deste estágio no desenvolvimento desta competência fez-se sentir de imediato, na mudança de atitude e melhoria de cuidados prestados a estas crianças quando recorrem ao CS. na manipulação física e abordagem do bebé prematuro, na interpretação dos resultados da avaliação de desenvolvimento e até mesmo na forma e conteúdo dos cuidados antecipatórios realizados. Embora a unidade de competência E3.2⁶, focalizada para os aspectos da vinculação, não tenha sido seleccionada como prioritária para desenvolver em estágio, ela assume no contexto de prematuridade especial importância, nomeadamente pela sua influência determinante no desenvolvimento físico e mental da criança (Tamez, 2002) pelo que foi também desenvolvida integrada nos cuidados promotores do DI.

Relativamente à criança com alterações de desenvolvimento, foi possível aprofundar conhecimentos em especial no centro de paralisia cerebral e prestar cuidados em contexto de internamento de pediatria. Estes dois contextos, permitiram mais uma vez um importante acumular de informações relevantes, obtidas pela observação directa e pelos relatos dos pais que são determinantes para o desenvolvimento de sensibilidade na detecção precoce de alterações do desenvolvimento. Referimo-nos por um lado à observação directa das alterações físicas, cognitivas e do comportamento em crianças com alterações do desenvolvimento e por outro lado o conhecimento das experiências dos pais relativamente às primeiras suspeitas de alterações, da confirmação do diagnóstico e da evolução clínica.

Houve uma assimilação de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento tanto da criança saudável, como da criança em situações especiais como a prematuridade e alterações de desenvolvimento e comportamento. Em todos os contextos foi possível demonstrar esses conhecimentos, por um lado através dos cuidados prestados, mas também através das reflexões elaboradas com base nas observações realizadas.

Quanto à pesquisa bibliográfica, não se tratou apenas, de um estudo num plano meramente teórico, mas uma oportunidade única de procurar e identificar conhecimento e saberes, validá-los com enfermeiros peritos e especialistas numa conjectura apenas possível durante a frequência de uma aprendizagem em pós graduação, período em que a atenção está dirigida para o desenvolvimento profissional e pessoal com oportunidades, meios e pretextos para reflectir. Pode dizer-se, que a pesquisa, pôde ser rentabilizada, processada e integrada, e, foi na prática, catalisadora de um ciclo de mais conhecimento.

⁶ E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

(2) Relativamente à avaliação do crescimento e desenvolvimento, a evolução recolheu contributos da maioria dos campos de estágio, na medida em que o aumento de conhecimento sobre desenvolvimento e crescimento infantil dá sempre consistência à avaliação realizada. Mas se nos cingirmos à aplicação de testes de desenvolvimento e sua interpretação, alguns contextos foram especialmente enriquecedores.

No CS, melhoraram-se competências através da aplicação do teste de Mary Sheridan. Foi possível aplicar o teste sob supervisão e corrigir alguns erros de interpretação do teste, assim como desenvolver estratégias para reduzir a sua formalidade, aumentando a probabilidade de obter respostas mais espontâneas e fidedignas das capacidades da criança. No âmbito do estágio na pediatria e neonatologia, foi possível a observação de consultas do desenvolvimento.

Ao longo do estágio e com conhecimento aprofundado acerca realidades mais específicas e complexas, foi possível melhorar a sensibilidade para detectar e suspeitar de situações mais subtis que pudessem implicar uma vigilância mais frequente ou reencaminhamento para uma avaliação por um técnico da consulta de desenvolvimento. De salientar as nuances e especificidades da avaliação do DPM na criança prematura que requerem a correcção da idade cronológica e interpretação dos resultados em função da idade corrigida para além de ser necessário, tal como em todas as crianças, considerar a interferência do seu estado de saúde.

Havia alguma expectativa inicial relativamente à observação de “consultas do desenvolvimento” a nível hospitalar feitas por equipas especializadas. Havia um interesse em observar e aprender com profissionais com elevada técnica e perícia nas práticas de avaliação do desenvolvimento. No entanto, rapidamente se compreendeu que a intervenção do enfermeiro a esse nível, é quase inexistente e que a abordagem é principalmente médica. Foi no entanto um contributo positivo. Este aspecto veio reforçar a importância do acompanhamento das crianças com alterações do desenvolvimento a nível dos cuidados de saúde primários, já que o seguimento do enfermeiro na maioria das consultas hospitalares de desenvolvimento infantil, é muito pontual e quase sempre relacionado com o cumprimento do plano de vacinação, deixando uma lacuna no apoio a estas crianças e famílias com necessidades especiais. Havendo uma melhor articulação entre o Hospital e CS e confiança nas práticas de avaliação do desenvolvimento, no âmbito da vigilância de saúde, as crianças seriam beneficiadas pelo acompanhamento do enfermeiro e do seu médico de família e beneficiariam de atendimento nos cuidados de

saúde primários, deixando ainda, de sobrecarregar essas consultas de especialidade com intervenções que deveriam estar concentradas nos cuidados de saúde primários.

Outra mais valia desta experiência foi ao nível da partilha de conhecimentos relacionados com identificação precoce de sinais de alerta e abordagem médica possível nas diferentes alterações de desenvolvimento.

Outro contexto que permitiu desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento, foi o centro de paralisia cerebral, pelo facto de dispor de muita bibliografia relativa à “Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II” e de poder explorar dúvidas e dificuldades na sua aplicação com profissionais peritos na sua aplicação e que habitualmente fazem formação na aplicação da escala. Para além disso, foi possível observar avaliações de DI multidisciplinares e observar como o enfermeiro constitui um elemento de referência nessa avaliação, pelo seu conhecimento profundo sobre desenvolvimento e visão holística que lhe davam a capacidade única de proporcionar contributos às avaliações realizadas por todos os técnicos de diferentes áreas. Foi importante observar a importância e valorização atribuída às observações feitas pelos pais que eram enquadrados na avaliação e incentivados a participar numa lógica de parceria de cuidados e cuidados centrados na família.

(3) A capacidade de orientar os pais nos seus processos de transição através de cuidados antecipatórios mais ajustados às especificidades de cada criança e família também foi desenvolvida em grande parte do desenvolvimento do conhecimento sobre DI. Foi possível verificar essa evolução de forma mais acentuada no que diz respeito às situações mais específicas já referidas como a prematuridade e crianças com alterações de DPM. Era um aspecto a que já dedicava grande atenção no contexto profissional por ser um dos aspectos mais importantes da consulta de vigilância da criança e que foi enriquecido pela consistência dada aos conhecimentos sobre DI.

Por fim há que salientar alguns aspectos considerados positivos e facilitadores para o processo de aprendizagem e consecução do objectivo em análise. Por um lado a variedade de locais de aprendizagem contribuiu para uma visão mais ampla no que diz respeito aos cuidados promotores do desenvolvimento. Considera-se ainda que todos os locais de estágio deram contributos importantes neste domínio, uns possibilitando a observação e aplicação prática da avaliação de desenvolvimento, outros pelo contacto com crianças com alterações ou sob risco de alteração de desenvolvimento. Todos eles contribuíram para formar um enquadramento do tipo de cuidados para o desenvolvimento

disponíveis, tanto no domínio da enfermagem como de outras disciplinas da área da saúde, aos três níveis de prevenção e observar e reflectir sobre diferentes tipos de processos de transição associados.

Também foi positivo o facto de todas as orientadoras de estágio como EE em SIP, serem sensíveis à temática do desenvolvimento no sentido de proporcionarem situações e experiências ricas em aprendizagem na área que se propunha.

Considera-se assim que as actividades desenvolvidas e reflexão sobre estas realizadas conduziram ao desenvolvimento desta competência ao nível desejado.

3.2 COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA DE FORMA APROPRIADA AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO E À CULTURA

Com a escolha deste primeiro objectivo geral, que se reporta a uma unidade de competência do Enfermeiro Especialista de SIP⁷, pretendia-se o desenvolvimento de competências no domínio da comunicação com a criança e sua família.

Pretendia-se mais concretamente, desenvolver ferramentas e habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal de forma conseguir-se uma abordagem adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e comunicar de forma assertiva e eficaz com a família. Comunicar eficazmente com a criança é um processo essencial e transversal a todas as intervenções do enfermeiro que envolvam a criança mas, pelo carácter interactivo das consultas de vigilância e da avaliação do desenvolvimento e pela necessidade de se obter uma colaboração activa da criança, considerou-se que aprofundar e desenvolver esta competência seria fundamental. Não é possível comunicar eficazmente com a criança sem compreender desenvolvimento psico-socio-cognitivo e por outro lado de nada serve conhecer profundamente desenvolvimento infantil se não se for capaz aplicar esse conhecimento na abordagem à criança e traduzir nos gestos e palavras o respeito que temos pela sua pessoa ao nos adaptarmos ao seu nível de compreensão. Importa mobilizar os critérios de avaliação que correspondem a esta unidade de competência e que se constituíram como orientadores das actividades planeadas e realizadas. Estes critérios compreendem (1) demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (2) relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e

⁷ OE. Regulamento nº.123/2011 DR, 2ª série

pela sua cultura (3) demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem. (OE, 2009)

3.2.1 Enquadramento teórico

Comunicar envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas (Riley, 2004). A comunicação também pode facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica ou pelo contrário contribuir para a criação de barreiras a esse tipo de comunicação. Durante a interação entre duas pessoas, ambos desempenham o papel de emissor receptor e alternam esses papéis enquanto simultaneamente enviam e recebem mensagens verbais e não verbais de pensamentos e sentimentos (Riley, 2004)

Comunicar é um aspecto basilar dos cuidados de enfermagem, pois há sempre algum grau de interação entre o enfermeiro e a pessoa no decurso da prestação de cuidados.

Em enfermagem, comunicar pode ser um foco de intervenção, quando se pretende assegurar uma troca adequada e eficaz de informação, mas pode também ser uma ferramenta para se estabelecer uma relação eficaz que permita implementar o plano de cuidados.

Lazure (1994) sugere que o enfermeiro deve desenvolver algumas características que promovem a relação de ajuda e que estão directamente relacionadas com a comunicação com o outro: a capacidade de escuta e de clarificar a mensagem, capacidade de se respeitar, de ser congruente e de ser empática consigo própria e com o cliente.

Também segundo Townsend (2009, p.125) foram identificadas diversas características que aumentam o sucesso de uma relação terapêutica e são significativos para a utilização do próprio como ferramenta terapêutica no desenvolvimento das relações interpessoais: rapport; confiança; respeito; autenticidade e a empatia.

Uma das actividades mais frequentes no âmbito da SIP, é a entrevista aos pais. Para que seja bem sucedida devem ser controlados os aspectos verbais e não verbais da comunicação de forma a transmitir disponibilidade e aceitação. Segundo Hockenberry (2006, p106) é importante que se cumpram algumas orientações para a realização das entrevistas tais como: Fazer uma apresentação adequada (referindo o nome e actividade profissional, solicitando os nomes dos pais, incluir as crianças nas apresentações quando possível); esclarecer o papel e objectivo da entrevista; fazer uma abordagem preliminar com questões abertas que permita os pais expressar as suas principais preocupações num clima menos formal; garantir sigilo e privacidade

Outros aspectos são referidos pela mesma autora sobre a comunicação com os pais no decurso da entrevista, tais como: encorajar os pais a falarem, direccionar o foco da conversa ao longo da entrevista, ouvir e respeitar as diferenças culturais, usar o silêncio, ser empático, definir o problema com os pais, estabelecer uma estratégia para solucionar o problema em parceria com os pais, fornecer orientações preventivas e por fim evitar bloqueios à comunicação (como conselhos prescritivos, excesso de informação, formar conclusões precipitadas, interromper e falar mais do que o entrevistado, mudar o foco da entrevista). Há que desenvolver competência na identificação de sinais de sobrecarga de informação através da linguagem não verbal.

No caso concreto da comunicação com as crianças, há que ter uma atenção especial com a linguagem não verbal. Como refere Hockenberry (2006, p.111) “na comunicação com crianças de todas as idades, os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes.” A mesma autora refere ainda que as crianças são muito mais sensíveis e conscientes do ambiente que as rodeia e atribuem significados a todos os gestos e movimentos feitos. Hockenberry refere ainda, que tentativas forçadas de se fazer amizade com as crianças sem que estas tenham tido oportunidade de avaliar a pessoa desconhecida, aumentam a sua ansiedade. Hockenberry (2006, p.111) sugere algumas diretrizes importantes para comunicar com as crianças, tais como:

- Dar tempo para a criança se sentir à vontade
- Evitar gestos repentinos e rápidos, sorrisos largos, contacto visual intenso ou outros gestos que possam ser sentidos como ameaçadores
- Abordar primeiro os pais se a criança for tímida
- Comunicar através de objectos de transição antes de fazer a pergunta directamente à criança
- Dar a oportunidade a crianças mais velhas de falar sem a presença dos pais
- Assumir uma posição em que o contacto visual esteja ao mesmo nível
- Falar com voz calma, confiante e sem pressa
- Falar claramente, ser directo e usar palavras simples e frases curtas
- Dar sugestões de uma forma positiva
- Oferecer uma escolha quando essa escolha de facto existir
- Ser honesto com a criança
- Deixar a criança expressar as suas preocupações e anseios

- Usar várias técnicas de comunicação.

A forma como se utiliza a linguagem verbal deve adequar-se ao estágio de desenvolvimento do pensamento e no caso concreto dos cuidados de enfermagem é importante conhecer os principais causadores de ansiedade associados aos diferentes estágios de desenvolvimento

Quanto às técnicas utilizadas para comunicar com a criança, podem ser usadas técnicas verbais e não verbais. Relativamente às técnicas verbais, há que ter em atenção que a comunicação pode ser geradora de stress tanto para a criança como família. Para o âmbito da avaliação do desenvolvimento, que se reporta a crianças até aos 5 anos, foi dada maior atenção ao desenvolvimento de técnicas não verbais. Hockenberry (2006, p.116) sugere algumas técnicas não verbais de “comunicação criativa com a criança” (adequadas a crianças até à idade pré escolar): o desenho espontâneo ou dirigido, a magia, através de truques simples, a brincadeira espontânea ou dirigida.

A brincadeira pode ser usada tanto para obter a confiança da criança e conseguir a sua colaboração, como para observar directamente as suas habilidades. A variedade e a extensão das brincadeiras são limitadas apenas pela imaginação do enfermeiro.

Outro fenómeno directamente implicado na eficácia do processo de comunicação, diz respeito aos aspectos próprios de cada cultura. Houve necessidade de aprofundar o conhecimento sobre cuidados de saúde transculturais, na medida em que os conceitos e significações que cada um tem sobre saúde, doença, valores relativos aos cuidados de saúde dependem da sua cultura. Fazer educação para a saúde e cuidados antecipatórios sem valorizar estes aspectos é à partida limitar os seus resultados positivos. Um dos aspectos referidos por PURNEL (2008) como importante nos cuidados culturalmente sensíveis dizem respeito ao auto-conhecimento na esfera da competência cultural e à compreensão que “libertam os profissionais de saúde de preconceitos e permite que interajam com outros de forma a preservar a integridade pessoal e respeitar as singularidades e as diferenças de cada utente.”(p.5). O mesmo autor define competência cultural no âmbito dos cuidados de saúde como “ter os conhecimentos, as competências e as habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais do utente”. O esforço de aumentar a consciência sobre a diversidade cultural melhora as possibilidades dos profissionais de saúde prestarem cuidados culturalmente competentes. PURNEL define ainda os doze domínios da Cultura: (1) Visão global, localidades habitadas e topografia, (2) comunicação (3) papéis desempenhados e

organização da família, (4) questões laborais, (5) ecologia biocultural, (6) Comportamentos de alto risco, (7) nutrição, (8) gravidez e praticas de nascimento anteriores, (9) rituais de morte, (10) espiritualidade, (11) praticas de cuidados de saúde, (12) prestadores de cuidados de saúde.

Esta sensibilidade tem reflexo em todos os contactos com as crianças e suas famílias, no formato e conteúdo dos registos, na atitude e estratégias de comunicação escolhidas, na interpretação dos dados recolhidos e, nomeadamente, quando é realizada a avaliação do desenvolvimento, na valorização dos aspectos que determinam o tipo de estimulação que os pais oferecem àquela criança à luz do que é a sua cultura e são as suas crenças em saúde.

3.2.3 Discussão

À partida poderiam obter-se contributos para o desenvolvimento desta competência em todas as interacções e momentos de estágio em que esteve presente a criança e família, no entanto, o grande motor de aprendizagem residiu na reflexão mais aprofundada de algumas interacções seleccionadas tendo por critério os aspectos do desenvolvimento infantil ou a transição para a parentalidade. As reflexões dependeram em grande parte da pesquisa e leitura realizada sobre técnicas de entrevista e comunicação com a criança e família e na sua aplicação prática.

(1) Relativamente à demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família:

Foi possível aplicar sobretudo nos contextos com maior participação prática como o CS, Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica técnicas verbais e não verbais para obter a colaboração das crianças nos procedimentos. Foi possível demonstrar nas consultas de saúde infantil esses mesmos conhecimentos associados às práticas avaliação do desenvolvimento. Demonstrou-se não só conhecer ferramentas de comunicação como mobiliza-las de com objectivo de reduzir o *stress* na criança e conduzi-la a participar nos cuidados.

Relativamente à comunicação com os pais, foi de especial relevância a oportunidade de reflectir inicialmente sobre interacções havidas no âmbito das consultas de vigilância de saúde da criança pois eram as que mais se aproximavam do contexto de trabalho, estas permitiram explorar e desenvolver técnicas que habitualmente não usava. Compreendeu-se que se cometiam alguns erros como sobrecarregar os pais com excesso de

informação, emitir conselhos não solicitados, assim como dominar a capacidade de usar o silêncio e da clarificação de forma apropriada. Tomou-se também consciência da dificuldade em ter uma abordagem segura e sustentada pela experiência e conhecimento da realidade com famílias de crianças prematuras ou com doenças crónicas. Foi de grande contributo a oportunidade de observar as vivências e reacções parentais no âmbito da Neonatologia, Centro de Paralisia Cerebral e Pediatria. Reconhecemos este com um dos maiores contributos do estágio. Sendo a capacidade de estabelecer empatia um dos aspectos referidos por Lazure (1994) como determinante para uma verdadeira relação de ajuda, a oportunidade de observar directamente as famílias em situações tão específicas de transição para a parentalidade e na doença, teve grande impacto na alteração da abordagem a estas famílias. Na realidade, não se trata de utilizar outras ferramentas de comunicação, mas sim, desenvolver sensibilidade para saber quando usar o silêncio e encorajar os pais a falar e demonstrar a necessária congruência na comunicação, o que só é possível quando se compreende e acredita nos sentimentos dos pais. Foi por isso importante observar sentimentos de negação, revolta, tristeza, frustração e indiferença associados ao nascimento de uma criança prematura, assim como o cansaço, a angústia, a falta de esperança, a revolta, sinais de depressão, por vezes dissimulados nos pais de crianças com alterações do desenvolvimento. Não se observaram apenas reacções e sentimentos negativos, mas foram estes que mais motivaram o esforço de reflexão no sentido do desenvolvimento da comunicação como ferramenta terapêutica.

(2) No que diz respeito ao relacionamento com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, habitualmente, já era uma preocupação incluída nos cuidados prestados. Foi aprofundado através do estudo sobre o tema, sobretudo dos aspectos relativos aos domínios da cultura, referidos por PURNEL (2008) como estruturantes dos cuidados transculturais. Ao longo do estágio não houve oportunidade de explorar na prática conhecimentos mais concretos sobre práticas de promoção do desenvolvimento infantil em diferentes culturas e etnias.

(3) Relativamente à demonstração de habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem, esta depende directamente do desenvolvimento de outros dois aspectos já analisados e da sua conjugação: a demonstração de conhecimentos de desenvolvimento infantil e o domínio de técnicas de

comunicação. Foi possível articular esses conhecimentos em todos os contextos com crianças em vários estágios de desenvolvimento infantil.

Foi possível verificar um desenvolvimento na capacidade de recorrer a diferentes estratégias adaptando-as às características próprias dos diferentes estágios de desenvolvimento. Foi possível aplicar estas habilidades sobretudo nos contextos de internamento de pediatria e urgência pediátrica com forma de obter colaboração das crianças nos diversos procedimentos. Mas foi também possível aprofundar o conhecimento sobre estratégias mais adequadas a crianças com alterações de desenvolvimento no âmbito do CRPC.

Considera-se que houve um grande desenvolvimento das capacidades comunicacionais, com grande impacto na qualidade das relações estabelecidas com crianças e famílias e vantagens em todo o processo de vigilância de saúde da criança e apoio parental.

3.3 GERIR OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO COM A EQUIPA PROFISSIONAL

Como terceiro objectivo geral a atingir, foi seleccionada uma das competências comuns do enfermeiro especialista. Segundo a OE (2009, p.10), *“as competências comuns, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

A competência escolhida, C1, pertence ao domínio da gestão de cuidados e é constituída por duas unidades de competência, mas é relativamente à sua primeira unidade de competência que se optou por dedicar mais atenção e aprofundar conhecimentos. Tem como descritivo a *optimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*. Esta unidade de competência é avaliada segundo os seguintes parâmetros: (1) disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa, (2) colabora as decisões da equipa multiprofissional, (3) intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar, (4) reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (OE, 2009, p.17).

A escolha de aprofundar o desenvolvimento desta unidade de competência justifica-se pela sua importância e aplicabilidade no processo de implementação do programa delineado. O programa que apresenta como uma das principais actividades, realizar assessoria à equipa de enfermagem, pretende ainda que se melhore o processo de referenciação e articulação com os restantes elementos da equipa de saúde, revê-se nesta competência e beneficia do seu desenvolvimento.

3.3.1 Elementos estruturantes da aprendizagem clínica: a contextualização, o referencial teórico e enquadramento conceptual

Num projecto em que se pretende a implementação de um programa cujo objectivo é a alteração de práticas de enfermagem, torna-se necessário compreender alguns conceitos como assessoria, comunicação, e equipa multiprofissional.

A assessoria é referida no REPE como uma das áreas de intervenção da enfermagem da qual fazem parte intervenções autónomas dos enfermeiros. A OE (2007) apresenta a assessoria a par do planeamento como uma das áreas (juntamente com a formação e ensino, gestão e investigação) que contribuem como fonte e recurso de informação para a prestação dos cuidados. Refere ainda no mesmo documento, que estas actividades têm *“especificidades que devem merecer atenção no que se refere ao desenvolvimento de conhecimentos e aptidões, com a necessária amplitude que cada área implica no quadro global do respectivo sistema (saúde, educativo, profissional) em que está inserido.”*

Esta actividade comum a todos os enfermeiros especialistas, pressupõe por um lado, o domínio de conhecimentos técnico-científicos consistentes e de elevado nível, e por outro lado, competências comunicacionais e de relação tanto com os pares como com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Ambos os aspectos são foco de atenção dos anteriores capítulos, pelo que se compreende que esta competência dependa directamente do desenvolvimento das anteriormente analisadas e influencia a sua aplicação.

O objectivo de assessorar é contribuir através da partilha de conhecimentos técnicos para melhoria do processo de cuidar. No entanto, é necessário que os elementos de uma determinada equipa reconheçam no elemento que presta assessoria o nível de perícia necessário assim como um elemento de confiança para assumir as suas dificuldades e assim recorrerem à sua colaboração. Ao longo da aprendizagem clínica e nomeadamente no período destinado à implementação do programa tomou-se consciência que o

desenvolvimento das ferramentas necessárias a este papel de liderança seriam cruciais para o sucesso da implementação do projeto.

Segundo Tappen (2005, p.5) qualquer enfermeiro ou elemento do grupo pode tentar agir como líder sempre que procura influenciar alguém, não precisando para tal, de estar numa posição de topo na hierarquia. Pode-se compreender desta forma, que um enfermeiro especialista que pretenda exercer os deveres da sua profissão de forma completa tem de procurar esta liderança responsável.

Há que distinguir os conceitos de administração e liderança. O primeiro pressupõe uma posição formal dentro da organização e o segundo é uma posição alcançada, não oficial, que pode ser assumida por mais do que uma pessoa. No entanto para que haja uma liderança eficaz é necessário dominar várias facetas do comportamento humano: motivação, efeitos da cultura, teorias de liderança, desenvolvimento do grupo, trabalho de equipa, dinâmica organizacional, poder e conflito. É também fundamental dominar capacidades de comunicação efectiva, confronto e negociação, raciocínio crítico e resolução de problemas (Tappen, 2005, p.5). Todos estes aspectos contribuem positivamente para uma das importantes tarefas da liderança, a implementação de mudanças. Mas definir liderança tem sido objecto de estudo de vários autores e é um conceito permanentemente em evolução destacando-se a Teoria das Características (Teoria do Grande Homem) que se baseiam no que o líder é, e Teoria do Comportamento (Teorias Funcionais) que se baseia no que o líder faz. Esta última, mais recente inclui duas abordagens distintas para descrever os três conhecidos estilos de liderança: autoritário, democrático e *laissez-faire* (Lewin, Lippit e White, 1960).

Segundo Tappen (2005, p.58), um bom líder não é sempre eficaz mas identifica seis componentes fundamentais para uma liderança eficiente: (1) conhecimentos (de liderança, de enfermagem e raciocínio crítico); (2) autoconhecimento; (3) comunicação; (4) Energia (neural e emocional); (5) Metas (do líder, dos membros, individuais e da organização); (6) Acção.

A ferramenta do enfermeiro, é, por excelência, a comunicação, seja enquanto prestador de cuidados de enfermagem à pessoa, seja enquanto prestador de assessoria à equipa de enfermagem ou multidisciplinar. A comunicação já foi abordada no capítulo anterior, no entanto na sua dimensão mais adequada à de prestação de cuidados. Neste capítulo referem-se tão somente as especificidades ajustadas à utilização no seio da equipa multidisciplinar. Tappen (2005, p.63-66) apresenta algumas características da

comunicação necessárias para uma liderança eficaz no seio de uma equipa: a escuta activa, o encorajamento da passagem de informações, a positividade, a procura e fornecimento de Feedback, o estabelecimento de ligações e articulação de ligações entre as pessoas). Importa ainda esclarecer que cada equipa e equipa multidisciplinar apresenta dinâmicas próprias que importa analisar para uma boa gestão de informação e de cuidados.

3.3.3 Discussão

O desenvolvimento desta competência fez-se sobretudo através das actividades decorrentes da implementação do programa. A confrontação com algumas dificuldades, nomeadamente a resistência da equipa à mudança foram motor de estudo e aprofundamento de conhecimentos sobre liderança e comunicação em contexto profissional.

Foi possível realizar assessoria, no âmbito da implementação do programa, embora de uma forma não programada. Desenvolveu-se alguma sensibilidade sobre a forma mais adequada de gerir a comunicação e postura e fomentar a confiança dos colegas. Procurou-se também manter o rigor científico na selecção da informação transmitida e sempre que possível revelar a fonte dessa informação de forma a familiarizar a equipa com os referenciais teóricos relevantes para a sua prática.

Assumiu-se a responsabilidade de proporcionar documentos baseados na evidência à equipa de enfermagem, para estarem disponíveis no serviço, e sempre que adequado referindo-os no âmbito das experiências de prestação de cuidados que surgiam.

Pensamos ter havido uma grande evolução a este nível sobretudo pelo auto-conhecimento no que diz respeito à forma de relacionamento com colegas de trabalho e desenvolvimento de características de liderança.

Também foi feito um esforço para identificar as melhores vias de comunicação e tipo de abordagem com os diferentes técnicos da equipa multidisciplinar.

Foi reflectido o papel do enfermeiro no âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento o que permite actualmente evidenciar e tornar visível com mais clareza à restante equipa multidisciplinar as respostas que a enfermagem pode dar aos problemas apresentados pelas crianças e famílias.

O maior conhecimento das competências e oferta de cuidados disponíveis pelos diferentes técnicos contribuiu para a capacidade na tomada de decisão sobre todo o

processo de referenciação. Foram iniciados dois fluxogramas para a referenciação de crianças com alterações de comportamento e desenvolvimento que motivaram o aprofundamento da compreensão desse percurso.

Houve um local de estágio em que o trabalho com base na equipa multidisciplinar estava fortemente implantado e foi possível verificar as vantagens para o plano de cuidados da criança quando essa articulação era dinâmica e correctamente feita. Neste sentido revelou-se nesta fase maior facilidade por um lado em prestar assessoria às colegas de equipa, assim como na articulação com outros elementos da equipa. Considerando-se ter desenvolvido esta competência ao nível desejado.

4. O PROGRAMA PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Todo o percurso apresentado neste relatório, teve como ponto de partida a procura de resposta a um problema e a ele se regressa num culminar de toda a aprendizagem entretanto produzida.

Serve este capítulo, para compreender de que forma, o caminho percorrido e as competências desenvolvidas se evidenciaram e aplicaram na prática do contexto de trabalho e em particular na procura de dar resposta ao problema identificado. Serve também para redefinir o futuro, na medida em que esta análise permitiu que se compreendessem melhor os sucessos e insucessos, as dificuldades e o nível das competências atingidas.

O facto de toda a aprendizagem se gerar e direccionar com base num problema real e numa proposta de solução, vai de encontro ao que é espectável de um Enfermeiro Especialista no âmbito das suas competências comuns, como motor de mudança nos seus contextos e nas políticas de saúde.

Esta metodologia insere-se nas preocupações da OE conforme explicitado no seu documento “Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” (2001, p.5), que reforça a importância da reflexão sobre as práticas e sua reformulação, ao referir que: *“o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados. Estamos certos de que não basta aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.”*

Desde o início do processo de elaboração da estrutura do programa, que se teve como objectivo, procurar não desenvolver apenas competências e práticas individuais, mas também, introduzir e integrar novas práticas nas rotinas de uma equipa de enfermagem. Procurou-se responder a indicadores saúde sensíveis aos resultados provenientes de cuidados de enfermagem e objectivos propostos pelo PNS 2012-2016⁸.

⁸ <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>: cuidados adequados pós-natal em crianças prematuras e de baixo-peso ao nascer, Prevenção dos acidentes e depressão infantil, Intervenção precoce nas situações de doença rara e deficiência

Intervir num problema de forma estruturada, é algo que requer planeamento. Neste projecto adotou-se a estrutura para o planeamento e avaliação do programa sugerida por Tappen (2005) e que encadeia todo este processo em 3 etapas distintas: preparação, ação e conclusão.

A fase de preparação, iniciada no 2º semestre, tal como preconizado pelo autor, incluiu o desenvolvimento conceptual, plano detalhado e aprovação, sendo que o plano de acção e aprovação fez parte das actividades do primeiro momento de estágio em contexto de trabalho. Ainda nesta fase, foi possível prever algumas resistências por parte da equipa em aceitar as mudanças propostas. A fase de ação inclui a implementação e a manutenção do programa que teve o seu início durante o primeiro momento de estágio e se prolongou para além do segundo momento de estágio. Confirmaram-se nesta fase existência de dificuldades, que atendendo a algumas circunstâncias adversas à prestação de cuidados, à sensibilização e motivação da equipa para empreender na mudança, e alteração do contexto de trabalho não permitiram implementação do programa com sucesso. Também se relatam as dificuldades vividas em cada uma das fases.

O programa delineado, denominado “A avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de cuidados de saúde primários” pode ser caracterizado segundo Tappen (2005) como um *planeamento reactivo* a um problema já existente. O problema identificado caracterizava-se pela não aplicação de práticas de avaliação de desenvolvimento infantil no âmbito das consultas de vigilância de forma sistemática e de acordo com as directrizes do Programa de Saúde Infantil da DGS (2002) ou com os “Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” da OE (2010).

O programa tinha como objectivo, tornar a prática de avaliação do desenvolvimento com recurso a um teste adequado e prédefinido, numa prática sistematizada no âmbito das consultas de vigilância de SI e um dos pilares dos cuidados antecipatórios. Pretendia-se ainda, que a par da avaliação, a equipa melhorasse a resposta aquando da suspeita ou detecção de alterações de desenvolvimento, nomeadamente no processo de referenciação e interligação com as equipas especializadas.

Para tal, pretendia-se (1) sensibilizar a equipa para a importância do problema e seu impacto na saúde das crianças, (2) proporcionar formação no âmbito da avaliação do desenvolvimento infantil e conduta adequada quando identificada uma alteração ou risco desta, (3) melhorar a estrutura do espaço físico da consulta, (4) disponibilizar o material

necessário para realizar a avaliação do desenvolvimento e por fim, (5) assegurar assessoria.

Sendo um plano que exigia muito tempo para a sua implementação, houve necessidade de distribuir as actividades pelos dois momentos de estágio em contexto de trabalho, estrategicamente planeados para o início e final da aprendizagem clínica.

No primeiro momento de estágio houve necessidade de clarificar e compreender mais aprofundadamente as motivações pessoais e profissionais que pudessem influenciar a implementação do programa. Foram entrevistados individualmente todos os elementos da equipa de enfermagem em contexto de trabalho. Para realizar estas entrevistas foi elaborado um guião de entrevista (apêndice nº 2) e preparado algum material de suporte para reforçar questões relativas ao papel do enfermeiro.

As entrevistas revelaram as inseguranças e dificuldades sentidas pelos enfermeiros resultantes da falta de experiência e conhecimentos consistentes e actualizados na área do desenvolvimento infantil. Revelaram também confusão e necessidade de clarificar o papel do enfermeiro no âmbito da avaliação e promoção do desenvolvimento. Outros aspectos referidos pelos enfermeiros durante entrevistas diziam respeito à dificuldade de gerir o tempo disponível para uma consulta de enfermagem que incluísse mais essa actividade, foi ainda referido o desconhecimento da forma de referenciação e do percurso das crianças após essa referenciação.

Ao longo das reuniões procurou-se sensibilizar a equipa para a pertinência do problema, e salientar a importância da participação de todos os elementos na procura de soluções. Procurou-se integrar as sugestões propostas pela equipa no plano de actividades do programa, ajustando-o, e desta forma conseguir mais facilmente a colaboração dos elementos da equipa.

Foi dado conhecimento do programa e solicitada autorização à Diretora do CS. Posteriormente foi-lhe feito pedido de autorização para a realização de sessões de formação à equipa de enfermagem, no CS, sobre a temática do desenvolvimento infantil, realizadas por um prelector externo, especialista na área de desenvolvimento infantil. Foi ainda feito um pedido formal ao Director da ULS para aquisição de um Kit de Avaliação do Desenvolvimento mais concretamente a “Escala de Avaliação de competências no Desenvolvimento Infantil II”.

No primeiro momento de estágio, para além das actividades relativas ao planeamento, iniciou-se a implementação com algumas actividades, nomeadamente, a elaboração do

organigrama das instituições de apoio às criança e famílias residentes no distrito, iniciou-se a elaboração do manual de referência para a Consulta de Desenvolvimento e Saúde Mental e a elaboração de um dossier com documentos e artigos de referência sobre desenvolvimento infantil para consulta da equipa de enfermagem.

O primeiro momento de estágio permitiu antever algumas dificuldades de implementação e mesmo de avaliação do programa, nomeadamente a resistência sentida na equipa de enfermagem à mudança de práticas, mas também algumas dificuldades na obtenção de informações provenientes de outras instituições.

É nesta fase, que se iniciou a aprendizagem clínica nos contextos atrás referidos. Os diferentes locais de estágio proporcionaram a possibilidade de contactar com crianças em diferentes estágios de desenvolvimento e vários contextos de transição familiar, social e de saúde. Foi possível reflectir sobre várias interacções/situações que culminaram em diferentes tipos de ganhos: competência técnica, crescimento pessoal nas vertentes éticas e de autoconhecimento, melhoria da sensibilidade na detecção e valorização de determinados aspectos relativos ao desenvolvimento infantil.

A forma como cada contexto contribuiu na prática para o sucesso da implementação do programa, foi, em parte explicitada nos capítulos anteriores, pela forma como contribuíram para o crescimento e apropriação das diferentes competências. No entanto, houve actividades com impacto directo no programa que importa explicitar com mais detalhe.

Um dos objectivos do programa era **sensibilizar a equipa de enfermagem** para a importância de avaliar e promover o desenvolvimento infantil incluindo estas actividades na vigilância sistemática de saúde da criança. Este aspecto foi considerado crucial, pois não sendo um problema identificado e sentido espontaneamente pela equipa, seria mais difícil obter a sua colaboração. Querer produzir mudança nas nossas práticas é algo que requer vontade, reflexão e energia. No entanto, conduzir outros a fazê-lo é algo muito mais difícil, sobretudo se, para além do que foi referido, o elemento que propõe essa mudança tem a mesma posição na hierarquia profissional e a equipa não o reconhece como elemento de referência ou líder na área que se pretende melhorar.

Houve um importante contributo na compreensão de questões relacionadas com liderança e através da leitura de bibliografia na área da administração e liderança em enfermagem assim como através da reflexão sobre a dinâmica da equipa de enfermagem e as relações com os diferentes elementos da equipa.

Para além das entrevistas já referidas, esta sensibilização foi feita de forma a aproveitar situações reais da prática clínica para oportunamente realizar a avaliação de desenvolvimento e demonstrar na prática a sua utilidade na realização dos cuidados antecipatórios.

O maior contributo dado pela aprendizagem clínica, foi a vivência das dificuldades no papel de estudante em si próprio. É difícil após alguns anos de prática, ser-se *ensinado* e orientado por um colega. Ter esta vivência no contexto de aprendizagem clínica, durante a realização de algumas actividades sob supervisão, aumentou muito a sensibilidade em relação a este aspecto. Houve uma procura deliberada de não pressionar as demonstrações de avaliação de desenvolvimento, de não expor o colega perante as famílias nem de sobrevalorizar a intervenção realizada, e sobretudo não o fazer sentir-se julgado ou desvalorizado. Procurou-se inclusive, agradecer a oportunidade que estava a dar de poder *participar* naquele procedimento e de ter pedido colaboração. Também as entrevistas realizadas aos enfermeiros durante todo o estágio desenvolveram as ferramentas de entrevista e comunicação que foram uma mais valia neste processo de sensibilização.

Outro aspecto que também teve alguns efeitos práticos positivos foram os relatos das aprendizagens e dificuldades sentidas na gestão de emoções, em alguns contextos de estágio (salvaguardando os aspectos de confidencialidade obrigatórios), nomeadamente em lidar com os pais de crianças prematuras e com alterações de desenvolvimento. Algumas colegas de equipa tornaram-se mais sensíveis e conhecedoras de alguns contextos através desta partilha, e foram geradoras de alguns pedidos de colaboração de situações mais complexas no âmbito da saúde infantil.

Outro aspecto fulcral do programa que foi de encontro à sugestão de todos os elementos da equipa de enfermagem era a necessidade de **formação**. Providenciou-se material de leitura com documentação científica sobre alterações de desenvolvimento e intervenção precoce, mas não foi recebido com entusiasmo. Percebeu-se a determinado ponto, que seria necessário realizar formação de uma forma em que a complexidade do tema fosse desmistificada. Perante a resistência demonstrada pela equipa à introdução de práticas de avaliação do desenvolvimento, concordou-se que a formação inicial de sensibilização seria feita por um perito externo. Havia, desde a fase de elaboração do programa inicial, o compromisso de um EE SIP perito na área do DI, em realizar parte dessa formação,

aproveitando como uma mais-valia a sua grande experiência em formação e perícia na utilização da “Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II”.

No entanto embora tivesse sido planeada, não chegou a realizar-se pelo facto de não ter sido possível compatibilizar a sessão com a agenda do serviço dentro do período aprendizagem clínica e posteriormente tivesse havido mudança de contexto profissional.

Outra vertente do programa era clarificar e simplificar a referenciação e articulação com outras instituições ou serviços enquadrados na assistência de saúde à criança com risco ou alterações de desenvolvimento. O objectivo era dar a conhecer a toda a equipa o fluxograma de referenciação e envolvê-la nesse processo. O esforço de compreender como o processo de referenciação deve ser feito implicou o conhecimento de dois aspectos concretos: (1) a identificação das instituições disponíveis para prestação de cuidados de saúde às crianças do distrito (incluindo as instituições fora do distrito, mas que, por parcerias ou acordos, também recebessem crianças do distrito); (2) o aprofundamento do conhecimento das competências dos outros técnicos de saúde, enfermeiros especialistas e técnicos de outras áreas, na sua oferta de cuidados às crianças com riscos e alterações do desenvolvimento.

Foi também elaborado um dossier com um esboço de fluxograma de referenciação para crianças com alterações no âmbito da Saúde Mental com todos os nomes dos técnicos, os seus contactos directos e horários de trabalho.

Outro aspecto importante na implementação do programa dizia respeito à **criação de condições favoráveis à avaliação do desenvolvimento em termos de espaço e organização** onde a consulta de vigilância seria realizada. Relativamente a este aspecto foi sobretudo útil a comparação realizada com o espaço de consulta do CS onde foi realizado o estágio e a reflexão realizada sobre os aspectos facilitadores tanto para a prática do enfermeiro como para aquilo que deve ser um ambiente seguro e acolhedor para uma criança. Foi possível perceber, que era possível fazer algumas adaptações simples, e que a aplicação do teste não implicava espaços ou condições especiais ao contrário do que inicialmente se defendera.

Também os contextos de internamento e urgência pediátrica deram alguns contributos na proposta de algumas futuras alterações para a organização dos espaços, no sentido em que nestes locais, a decoração das paredes e teto já era usada como elemento terapêutico durante a realização de procedimentos stressantes para a criança. Essa reflexão foi feita no sentido de identificar os objetivos e potencial flexibilidade da

organização e decoração. Seria sempre importante ter algum controle sobre a quantidade de elementos de distração quando se pretende que a criança se concentre numa tarefa. O passo seguinte foi procurar de uma estratégia para conseguir realizar as mudanças pretendidas relativamente ao espaço, no entanto, revelou-se mais complexo do que se antecipou. Este aspecto logístico de aparente menor importância, foi motor de grande desenvolvimento pessoal. Por um lado, na aceitação de que as mudanças implicam tempo de ajustamento dos outros, e que raramente este acompanha as nossas necessidades ou aquelas que identificamos. Por outro lado, que é necessário ser flexível e criativo nas propostas apresentadas, procurando ir de encontro às necessidades e prioridades das chefias. Uma aprendizagem significativa, foi ainda a de que nem sempre as decisões são sustentadas por argumentos lógicos, mas sim emocionais e que considerar este aspecto e saber geri-lo é determinante para uma EE que pretenda ter influencia positiva e eficaz.

A contribuir para esta vertente do programa foi determinante o desenvolvimento das competências comuns do EE no âmbito da comunicação com a equipa e liderança assim como um conhecimento mais aprofundado do desenvolvimento infantil nomeadamente acerca dos elementos causadores de stress. Outro aspecto que foi importante reflectir foram os aspectos relacionados com a segurança dos espaços e que contribuiu para a fundamentação da proposta de alteração.

Foi no 2º momento de estágio, que se teve conhecimento do deferimento do pedido de aquisição da “Escala de Avaliação das competências no desenvolvimento infantil II” tendo o material sido entregue no CS. Foi importante mostrar à equipa esse material e permitir a sua manipulação, no entanto não suscitou *per si* interesse para a sua observar e utilização prática.

Por fim, o aspecto que daria continuidade ao programa no futuro, seria a habilidade de realizar **assessoria à equipa** de enfermagem no âmbito da avaliação e promoção do desenvolvimento.

Realizar assessoria implica antes de tudo, um grande domínio nos conhecimentos que se pretendem transmitir, mas também um relacionamento positivo com a equipa.

Assim sendo, toda a pesquisa bibliográfica realizada constituiu a base do crescimento feito. E importa referir que a capacidade de seleccionar documentos com evidência científica e relevância, é algo que se vai apurando com a leitura de muitos documentos e a discussão com profissionais peritos na área. Esta consistência foi determinante para um

sentimento de segurança, em primeiro lugar no esclarecimento de dúvidas da equipa, mas também, na seleção e justificação dos documentos que fariam parte do referencial presente no serviço para consulta da equipa.

Ao longo dos diferentes capítulos identificaram-se quais os documentos mais relevantes para o desenvolvimento das diferentes competências, mas, para concretização do programa, foi especialmente importante o contributo do referencial teórico bastante completo, selecionado ao longo de vários anos pela EE SIP do CS e que ajudou a completar o referencial em construção para o contexto de trabalho. Também o referencial relativo à Saúde Mental Infante Juvenil presente no Serviço de Saúde Mental, veio preencher uma lacuna, tendo sido apresentado de imediato à equipa e disponibilizado para consulta.

Outro importante aspecto relativo à assessoria diz respeito à consistência do “saber-fazer”. É importante que o elemento que presta assessoria domine a técnica de execução e transmita a segurança e consistência de um perito. Neste sentido, referimo-nos a dois domínios concretos: a aplicação do teste de desenvolvimento, indissociável do domínio de técnicas de comunicação na abordagem à criança e na abordagem aos pais/família.

Relativamente à aplicação do teste, três contextos foram particularmente enriquecedores: o CS, o CRPC e Consultas de Desenvolvimento.

Relativamente ao CS, o principal contributo residiu na possibilidade de observar, aplicar e reflectir a aplicação do teste de Mary Sheridan repetidamente em diferentes idades chave. Permitiu desenvolver, para além de maior segurança na aplicação do teste, estratégias que permitissem reduzir o seu tempo de aplicação, com vantagens sobretudo para a criança, mas também para a gestão de tempo das consultas. Referimo-nos a estratégias de como sobrepor intervenções durante a avaliação do crescimento e observações na sala de espera, ou até mesmo recorrer a brinquedos estrategicamente colocados de forma a que a criança pudesse brincar de forma espontânea.

Relativamente ao contributo dado pelo estágio no CRPC e Neonatologia, foi sobretudo no sentido conhecer as nuances e especificidades das avaliações do desenvolvimento nestes contextos distintos em que a intervenção da EE SIP é ainda mais necessária.

Foi importante, no âmbito da prestação de assessoria, conhecer as filosofias de abordagem à criança com deficiências e alterações do desenvolvimento, os seus direitos e o desenvolvimento da capacidade de articulação com a equipa multidisciplinar. Relativamente à criança prematura, foi importante a compreensão do impacto dessa

prematuridade no seu desenvolvimento, ter consciencia do seu maior risco em apresentar alterações no desenvolvimento e não ter expectativas irrealistas relativamente ao *timing* das suas conquistas, sendo por isso importante para além do ajuste cronológico a forma como essa informação é usada na interpretação dos dados recolhidos durante a avaliação.

Ainda como conhecimento técnico determinante, foi o desenvolvimento de técnicas de comunicação na abordagem à criança e família, e à capacidade de aplicar de forma eficiente e conjugadamente os conhecimentos relativos ao DI e técnicas de comunicação. Foi importante nas situações em que se demonstrou a aplicação do teste de avaliação do desenvolvimento, demonstrar a eficácia na aplicação de algumas técnicas de comunicação referidas por Hockenberry e Lazure, tanto na comunicação com a criança como com a família. Foi possível verificar que alguns dos elementos da equipa demonstraram interesse em conhecer melhor essas técnicas.

Neste sentido, todos os locais de estágio, de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento de ferramentas de comunicação e para uma maior facilidade em usar o crescente conhecimento sobre o desenvolvimento cognitivo e psico-social da criança.

Também o desenvolvimento de conhecimentos e competências na comunicação com crianças com alterações cognitivas e ao nível da fala e outros órgãos dos sentido foi importante como conhecimento técnico útil no âmbito da realização de assessoria.

A abordagem à criança saudável e sua família é algo que faz parte do contexto habitual de pratica clínica, e foi sobretudo melhorada pela reflexão feita no próprio contexto e no âmbito do estágio realizado no CS. As experiências em contexto de doença e alterações de desenvolvimento foram particularmente importantes por não serem tão frequentes, mas permitiram desenvolver sensibilidade na abordagem comunicacional à criança com alterações de desenvolvimento e família, respeitando as filosofias de cuidados centrados na família e parceria de cuidados. Contribuíram ainda para desenvolver competências fundamentais na ajuda aos pais em manter a suficiência do seu papel nas situações de transição de doença, recorrendo não só ao conhecimento sobre a situação específica e DI, mas também às habilidades de comunicação, nomeadamente demonstrando disponibilidade e permitindo aos pais expressar as suas emoções e valorizando o seu papel e competências parentais.

O outro aspecto determinante para uma assessoria eficaz diz respeito à relação com a equipa de enfermagem assim como com a equipa multidisciplinar.

A intervenção do enfermeiro no CS junto das famílias com crianças com alterações de desenvolvimento, faz-se também pela referenciação e articulação com equipas especializadas. No entanto, a forma como este processo flui, pode ser agilizado e facilitado de inúmeras formas.

No contexto profissional, fomentado pelo programa, houve uma notoria melhoria ao nível da articulação, frequência e qualidade da comunicação com a equipa multidisciplinar.

Para este aspecto em muito contribuiu um melhor conhecimento dos papéis dos diferentes técnicos, assim como de uma atitude pró-activa para conhecer pessoalmente ou falar telefonicamente com esses técnicos (em vez de recorrer apenas a documentos escritos). Esta atitude tem contribuído para que os técnicos de outras instituições consigam identificar os elementos de referência no CS e tenham-se também eles tornado progressivamente mais activos nesta articulação.

Esta compreensão recebeu muitos contributos do estágio realizado no CRPC pela sua metodologia fortemente implantada de trabalho multidisciplinar, articulação com diversas instituições.

Relativamente à relação e com a equipa de enfermagem em contexto profissional foi possível aplicar algumas estratégias propostas por TAPPEN (2005) no âmbito da liderança e ainda por TOWNSEND (2009) no âmbito do desenvolvimento pessoal de competências relacionais com benefícios demonstrados pela melhoria da eficácia nas relações profissionais no seio da equipa. Foi também um contributo construtivo, a observação das características de liderança da EE do CRPC no seu exercício profissional. Outro aspecto em que o estágio contribuiu positivamente no âmbito da assessoria, foi através do estabelecimento de relações com EE e peritos nos diferentes locais de estágio para a formação de uma rede de contactos útil na resolução de situações mais complexas e que envolvem conhecimentos mais específicos.

No entanto e apesar deste percurso estratégico e esforço de auto conhecimento e mudança, houve aspectos relacionados com a resistência da equipa à mudança que nunca chegaram a ser ultrapassados. Houve actividades do programa que não foram efectivamente realizadas por falta de receptividade.

No segundo momento de estágio em contexto de trabalho, foi iniciada a 2ª fase de implementação, tendo sido prolongada para além deste devido ao confronto com algumas dificuldades e entropias. Conseguiram-se alguns sucessos, nomeadamente pequenas mudanças no espaço de realização da consulta, que apenas melhoraram a segurança do

local ao evitar a presença de fios eléctricos acessíveis às crianças. Mas não foi possível aliviar a sala do excesso de material e moveis que dificultam, mas não impedem a realização da consulta. O pedido do Kit de desenvolvimento foi diferido e entregue no CS nesta fase, o que permitiu que fosse manipulado pela equipa e eventualmente usado para formação prática.

Foram apresentados os dossiers com documentos normativos e científicos no âmbito da Saúde Mental Infanto-Juvenil e Desenvolvimento Infantil e os documentos elaborados com os contactos e passos para referência às equipas especializadas e passaram a estar disponíveis para consulta no contexto de trabalho.

Por motivo de organização e disponibilidade da equipa, não foi possível realizar a formação programada em contexto de trabalho. Nesta fase, foi possível demonstrar a aplicação da “Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II” no entanto a equipa nunca apresentou receptividade na sua aplicação. Após todo este processo, não houve valorização das competências desenvolvidas no contexto profissional e fui deslocada para a realização de domicílios.

Apenas um elemento da equipa, se mostrou efectivamente interessado em mudar a pratica, tendo sido dada formação individual relativamente à aplicação da escala de Mary Sheridan. Este elemento passou efectivamente a aplicar o teste e a solicitar apoio e assessoria quando estava presente situações mais complexas. Quanto à situações de referência, a equipa apesar de não ter assimilado os documentos elaborados, passou a solicitar-me orientação pela facilidade em estabelecer contacto directo com os elementos das equipas especializadas.

Um dos erros estratégicos do programa foi dedicar mais preocupação às competências necessárias para prestar assessoria em detrimento da formação. Embora a longo prazo a assessoria tivesse sido determinante para que o programa se mantivesse activo, deveria ter sido dada mais atenção e insistência na realização de formação como forma de captar a atenção e motivação da equipa. Reconhece-se no entanto que a resistência à mudança é um aspecto pessoal e que lidar com ela não depende apenas de factores externos. Este percurso foi entretanto interrompido pela mudança de contexto profissional como já referido. Apesar disso, o problema identificado continua a ser pertinente e a integrar as preocupações da prática diária através da tentativa de sensibilização da actual equipa, bastante mais receptiva. O percurso realizado, apresentou outras mais valias que ultrapassaram a prestação directa dos cuidados. Na sequência das dificuldades vividas

durante este percurso e pela impossibilidade de aplicar as novas competências em contexto de trabalho, foi exposta a situação à direcção de enfermagem que valorizou o problema. Na sequência disto, resolveu constituir o Grupo de EE de SIP no qual já pude ser integrada. As competências desenvolvidas têm sido úteis nas várias reuniões realizadas onde são discutidos aspectos que interferem na qualidade dos cuidados à criança. Este processo a curto/médio prazo poderá ter impacto nos cuidados prestados, sendo que, mantendo a preocupação nas práticas de avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, e com outros recursos se procurará que a mudança necessária se produza em toda a unidade local de saúde ao invés de apenas num serviço.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para iniciar o percurso desta aprendizagem clínica, a preparação realizada concentrou-se no aprofundamento do saber/saber nos três domínios considerados prioritários, procurando-se colmatar lacunas de conhecimento através da pesquisa bibliográfica assim como da reflexão sobre as dificuldades sentidas na prática profissional.

Ao longo da aprendizagem clínica, esta preocupação manteve-se, mas centrou-se também no saber/fazer e saber/estar. Essa aprendizagem foi adquirida sobretudo através da observação e reflexão das práticas dos enfermeiros assim como da reflexão sobre as próprias interações tidas durante a aprendizagem clínica.

Como aspectos positivos gostaríamos de referir a variedade de contextos que foi possível frequentar e que permitiu uma visão mais ampla dos cuidados oferecidos à criança. Foi também positivo o facto da orientação ter sido sempre realizada por EE SIP motivados e disponíveis, e que fizeram um esforço permanente de proporcionar o maior número de experiências possíveis de aprendizagem.

Como aspectos limitadores de aprendizagem, o facto de ser difícil fazer compreender os objectivos e estrutura do estágio em alguns locais, limitando numa fase inicial a exposição a algumas experiências.

No que se refere à aquisição de competências específicas e comuns analisadas ao longo do relatório, considera-se que estas foram desenvolvidas no nível projectado e desejado.

No que se refere ao desenvolvimento das restantes competências específicas do EE SIP, embora aqui não analisadas, também foram desenvolvidas na medida em que a abordagem holística e ecológica da criança e centrada na família, implicou a mobilização dessas competências na prática clínica, assim como a sua integração nas reflexões realizadas.

A implementação do programa delineado para dar resposta ao problema identificado no contexto profissional, foi sendo favorecida com o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE e foi ele próprio catalisador de mais desenvolvimento dessas mesmas competências através da sua aplicação prática.

O programa incidia na criação de condições favoráveis à boa prática de promoção do desenvolvimento em contexto de consulta de vigilância infantil e por outro na formação e assessoria da equipa de enfermagem. As principais dificuldades não residiram na aplicação dos conhecimentos e competências técnicas adquiridas no âmbito da promoção do desenvolvimento, mas sobretudo ao nível de capacidade de influência e liderança num

contexto não facilitador e aberto à alteração de práticas, ao que acresceu uma mudança de local de trabalho.

Embora o programa fosse apenas parcialmente implementado, o problema persiste e a vontade de resolvê-lo também. Actualmente num contexto profissional diferente, na posse de competências em permanente evolução e com outros recursos disponíveis, mantém-se activa a intenção de ultrapassar as dificuldades surgidas ao longo da implementação e dar continuidade ao programa com novas propostas de solução.

O EE SIP deve assumir-se como um elemento pró activo na defesa do direito das crianças em aceder a uma vigilância continuada e de qualidade do seu crescimento e desenvolvimento e em proporcionar apoio parental no desempenho do seu papel de promoção do desenvolvimento saudável.

O papel do EE SIP, assente nas competências que estão preconizadas, permitem por um lado comunicar eficazmente com a criança e família e por outro avaliar e promover o desenvolvimento de todo o seu potencial.

O EE SIP deve dominar técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e ter uma preocupação permanente em proteger a criança do stress provocado pelo meio e pelos procedimentos.

O EE SIP, para além do conhecimento consistente do desenvolvimento infantil, deve ainda procurar atingir o nível de perícia na aplicação de testes de desenvolvimento e na identificação de sinais de suspeita ou alerta relativos ao desenvolvimento infantil, assim como saber referenciar adequadamente.

Persiste a dificuldade ao nível da articulação do EE SIP com as equipas especializadas de intervenção em crianças com risco ou alterações do desenvolvimento. Em parte pela reduzida quantidade de EE SIP ao nível dos CSP a integrar estas equipas, e por não ter ainda havido uma reflexão mais profunda sobre esse papel que o permita tornar claro qual a sua área de intervenção.

Por outro lado, a responsabilidade do EE SIP no domínio das competências comuns, também deve incidir na formação e assessoria aos enfermeiros generalistas que realizam as consultas de vigilância infantil, e nesse sentido deve procurar-se desenvolver uma liderança responsável e eficaz.

É importante, que os enfermeiros generalistas, disponham de conhecimentos actuais e consistentes sobre desenvolvimento infantil pois são estes que realizam a maioria das consultas de vigilância de SI. É necessário ajudar a equipa a desenvolver sensibilidade

para detectar situações suspeitas, a valorizar e compreender os benefícios de uma intervenção precoce e facilitar o processo de referência através de mecanismos claros e simples. Como parte da estratégia, considera-se importante a divulgação e adopção como referencial teórico dos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE nomeadamente do primeiro volume que se refere à promoção do desenvolvimento infantil.

O EE SIP deve assumir a liderança e gestão desses cuidados numa óptica de formação, assessoria e complementaridade. Há ainda um caminho de reflexão a realizar sobre formas eficazes de estruturar e organizar as actividades próprias do EE SIP, na medida em que, a falta de recursos de enfermagem que se verifica actualmente, obriga a que estes enfermeiros estejam alocados a outro tipo de actividades no CS.

Este estágio, foi também uma oportunidade para reflectir as políticas e organização dos CSP. Foi possível verificar, que há uma lacuna de profissionais que se dediquem a reflectir a qualidade dos cuidados prestados às crianças nomeadamente no âmbito da vigilância de crescimento e desenvolvimento. Actualmente a prioridade das políticas de saúde incidem noutros programas com maior impacto na mortalidade e morbilidade, no entanto este aspecto revela-se um desafio para os EE SIP que devem procurar formas de manter a equipa de enfermagem motivada, sensibilizando-a para o impacto dos cuidados prestados, na saúde das crianças.

Há ainda espaços de intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil que podem ser explorados e que vão de encontro a necessidades para as quais os pais e prestadores de cuidados cada vez exigem mais respostas, como as alterações de comportamento e implicam uma atenção e melhoria do conhecimento dos enfermeiros no âmbito da saúde mental.

Pensamos ser importante dedicar maior atenção ao papel do enfermeiro na abordagem à criança com alterações de desenvolvimento, nomeadamente nas equipas de intervenção precoce, onde se detectaram grandes dificuldades por parte dos enfermeiros em identificar o seu espaço de intervenção e valorizar o seu papel.

Foi um percurso exigente e absorvente pela quantidade de energia que requereu para o realizar tendo por base a reflexão. Embora tendo exigido sacrifícios pessoais e até mesmo profissionais, o resultado final funcionou como um trampolim de crescimento exponencial em ambos os domínios com repercussões no presente e para o futuro.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLMAN, M., LINGAM, S., AUKET, A. (2003) – **SGS II. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. DOS 0 AOS 5 ANOS.** Manual Técnico. Lisboa: Cegoc. ISBN 972-881-04-5.

CÊPEDA, T; MARQUES, C. (2009) - **RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.** Lisboa. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-96263-2-4

CHICK, N., MELEIS, A.I. (1986) - **Transitions: a nursing concern.** Aspen Publication. [Em linha] Consultado a 12/02/2013.

Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de actuação 12.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012) – **Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016** [em linha] Consultado em 15/12/2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

HOCKENBERRY, M; WILSON, D; (2006) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda. ISBN 10:85-352-1918-8, ISBN 13:978-85-352-1918-0

LAZURE, Hélène (1994) – **Viver a relação de ajuda.** Lisboa: LUSODIDACTA. ISBN 972-95399-5-2

MELEIS, Afaf (2010) - **TRANSITIONS THEORY: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice.** New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6

MELEIS, A. I., SAWYER, L. M., Im, E., MESSIAS, D. K. H., DeAnne, K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advanced Nursing Science, 23,12 - 28.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - Suplemento da Revista Nº 26– Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Número 26. (Junho 2007) [em linha]. Consultado em 17/10/2012. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. In: **Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional**. 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. ISBN 978-989-8444-00-4

PURNELL, Larry D.; PAULANKA, Betty J.; (2008) – **Cuidados de Saúde Transculturais**. 3ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Por. De Material Didático, Lda. ISBN 978-989-8075-28-4

PHANEUF, Margot (2002) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-84-3

RILEY, Julia B. (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. 4ªEd. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-81-9

TAMEZ, R.; SILVA, M.(2001) - **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

TAPPEN, Ruth M. (2005) – **Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8930-00-3

TOWNSEND, Mary C. (2009) – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**. 6ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 978-972-8930-61-5

WHO - **A CRITICAL LINK Interventions for physical growth and psychological development** [em linha] (1999). acedido em: 30/06/2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_CAH_99.3.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUADRO DE OBJECTIVOS ESPECÍFICOS, ACTIVIDADES E RECURSOS

QUADRO DE OBJECTIVOS ESPECÍFICOS, ACTIVIDADES E RECURSOS

O seguinte quadro, enumera e descreve todos os objectivos a que locais de estágio estes se referem.

Os locais de estágio surgem pela ordem cronológica em que foram frequentados.

Os objectivos mais directamente relacionados com a implementação do programa surgem no final do quadro

Objectivos específicos	CS (contexto profissional)	Centro Saúde	C.Paralisia Cerebral	Neo natologia	Pediatria	Urgência	S. Mental	Actividades	Recursos
1- Identificar o quadro de referência para os cuidados de enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediatria								- Consulta de manuais de Boa Prática, protocolos e outros referenciais existentes no serviço - Entrevistas com a Enfª. Chefe e EE	- Manuais de Boa Prática, protocolos, etc. - Enfª. Chefe, Enfª. Especialista em S.I.P.
2- Analisar os quadros de referência comparando-os com o quadro de referência do contexto profissional								- Elaboração de reflexão escrita	- Ciclo de Gibbs
3- Analisar a estrutura e organização das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e de Avaliação do Desenvolvimento								- Construção de guia de observação - Observação guiada - Elaboração de reflexão escrita	- Guia de observação
4- Analisar o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar no que diz respeito à avaliação e promoção do desenvolvimento infantil								- Observação - Reflexão	- Guia de observação - Ciclo de Gibbs

5- Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a criança em diferentes estágios de desenvolvimento e sua família							-Pesquisa bibliográfica - Observação de outros enfermeiros e técnicos de saúde na sua interacção com crianças -Participação na prestação de cuidados	- Bilbliografia - Guia de observação - Técnicas de comunicação (distracção, brincadeira, desenho....)
6- Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da avaliação do desenvolvimento Infantil (nomeadamente: detecção de sinais de alerta, identificação de situações de alteração de desenvolvimento mais frequentes)							- Consulta de bibliografia - Observação de consultas de enfermagem e médicas em que seja realizada avaliação do desenvolvimento - Entrevista com peritos na área de avaliação do desenvolvimento	- Bilbliografia - Peritos na área de avaliação do desenvolvimento
7- Identificar as necessidades mais frequentemente afectadas nas crianças com diferentes alterações de desenvolvimento							- Consulta de bibliografia - Entrevistas informais aos pais e crianças durante a realização das consultas de Vigilância de Saúde Infantil a crianças com atrasos de desenvolvimento - Entrevistas a Enfermeiros e outros Técnicos de Saúde	- Bibliografia - Pais - Enfermeiros - Outros técnicos de saúde (Médicos, Terapeutas ocupacionais, Terapeutas da fala, Fisioterapeutas, Educadoras, Psicólogos, Técnicas de Serviço Social)
8- Aprofundar conhecimentos e competências ao nível da intervenção de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários a crianças							- Leitura de bibliografia - Observação de Peritas e EE - Reflexão	- Bibliografia

com alterações de desenvolvimento									
9- Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a criança com alterações no desenvolvimento cognitivo, motor e da fala									
10- Motivar a equipa de enfermagem do contexto profissional para a avaliação do desenvolvimento infantil									
11- Identificar as crianças com risco e/ou problemas de desenvolvimento e respectivas famílias residentes no concelho do contexto de trabalho									

- Consulta de bibliografia
- Participação na prestação de cuidados
- Entrevistas aos enfermeiros
- Entrevistas aos pais de crianças com alterações de desenvolvimento
- Reflexão

- Bibliografia
- Ciclo de Gibbs

- Realização de reuniões individuais/grupo com todos os elementos da equipa
- Identificar os constrangimentos estruturais e físicos à avaliação de desenvolvimento infantil
- Fazer pedido de Kit de avaliação do desenvolvimento "Squidulle of Growing Skills II" à ULSBA
- Solicitar sessão de formação sobre "Avaliação do desenvolvimento Infantil"

- Bibliografia sobre gestão e liderança
- Guião de entrevista
- Enfª perita em desenvolvimento Infantil
- Director clínico da Unidade Local de Saúde

- Elaboração de pedidos de autorização para acesso a dados relativos às crianças com risco ou alterações de desenvolvimento e comportamento à Equipa de

- E-mail
- Tempo
- Computador
- Internet e Intranet da Unidade Local de saúde
- Programa Informático de registos de enfermagem

					Intervenção Precoce e Departamento de S. Mental da região - Actualização em parceria com cada enfermeira de família dos dados*relativos às crianças com risco e alterações de desenvolvimento pertencentes às suas equipas em suporte informático	- Enfermeiras de família do contexto profissional *contactos, avaliação da situação, diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções
12- Identificar os recursos e organismos existentes para dar resposta às necessidades das crianças com alterações do desenvolvimento residentes no concelho do contexto de trabalho					- Identificar e estabelecer vias de comunicação e articulação para posterior encaminhamento de crianças e apoio técnico - Identificar elementos de referência nas instituições de apoio - Elaboração de organigrama de recursos de saúde às crianças pertencentes ao concelho	- Telefone - Tempo - Computador - Internet - Técnicos de saúde e administrativo s de referência nas diferentes instituições

APÊNDICE 2

GUIÃO PARA AS REUNIÕES INDIVIDUAIS E DE GRUPO

GUIÃO PARA AS REUNIÕES INDIVIDUAIS E DE GRUPO

- Apresentação da intenção do programa “Avaliação do desenvolvimento infantil” no âmbito da qualidade dos cuidados mas também na crescente valorização da intervenção dos enfermeiros e da sua afirmação junto dos clientes: apresentação de argumentos políticos, de valorização para a profissão e vantagens para as crianças.
- Reforço da ideia que as opiniões de todos os elementos da equipa são aspecto essencial para o desempenho e modo de implementação e o consequente sucesso da concretização do programa;
- Reforço de que o trabalho será feito através da discussão das motivações, das dificuldades e das sugestões apresentadas;
- Questões que proponho à nossa discussão e análise:
 1. Qual o papel que consideramos que nós os enfermeiros temos e deveremos ter na avaliação do desenvolvimento infantil?
 2. O que pensamos que neste momento dificulta a nossa intervenção na avaliação do desenvolvimento das crianças que recebemos?
 3. O que pensamos que neste momento poderia e necessitaria de ser feito para implementar as melhores práticas de avaliação desenvolvimento infantil no C.S.?
- Agradecimento e reforço da importância da participação de todos os elementos da equipa de enfermagem na implementação do programa e estabelecimento de uma dinâmica de acompanhamento por parte das colegas do que está a ser desenhado e implementado.

APÊNDICE 3

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL

a) Organização e dinâmica da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

Indicadores	Observado
Organização do espaço e disposição do material	
Material utilizado	
Duração das consultas	
Identificação das intervenções relacionadas com avaliação do crescimento e desenvolvimento da responsabilidade do enfermeiro	
Sequência e duração das intervenções	
Interligação com consulta médica	
Como é feito encaminhamento para outro profissional de saúde ou instituição (psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, SNIPI, Saúde Mental, Centro de Paralisia Cerebral)	

b) Observação das práticas de avaliação do crescimento e desenvolvimento

Indicadores	Observado
Intervenções realizadas relacionadas com avaliação do desenvolvimento infantil	
Respostas dadas pelo enfermeiro às dúvidas e questões colocadas pelos pais no âmbito do desenvolvimento infantil (baseadas na norma e na evidência científica)	
Iniciativa do enfermeiro utilizar os dados relativos ao desenvolvimento infantil para capacitar os pais no processo de transição para a parentalidade e cuidados antecipatórios	
Valorização dos aspectos culturais na avaliação do desenvolvimento	

c) identificação dos instrumentos utilizados para a avaliação do desenvolvimento

Indicadores	Observado
Que instrumento de avaliação do desenvolvimento é utilizado	
Que estratégias na manipulação do instrumento utilizado	

d) Práticas de registo da avaliação do desenvolvimento

Indicadores	Observado
Registo de acordo com a CIPE ?	
Registo completo e conforme preconizado pelo Manual de Boa Prática de Saúde Infantil em vigor no CS	
Existência ou não de suporte de papel para facilitar organização da consulta e de registo dos dados recolhidos	

e) O processo de comunicação com a criança em diferentes estágios de desenvolvimento

Indicadores	Observado
Linguagem	
Tipos de brincadeira e distração	
Formas de lidar com os estressores próprios de cada estágio de desenvolvimento	
Comunicação não verbal (a postura, os gestos, a expressão facial, o toque, o vestuário) (Phaneuf, M.)	

a) Comunicação com os pais

Indicadores	Observado
Estratégias de comunicação com os pais - Apresentação; escuta activa; compreensão; reformulação; clarificação (Helene Lazure)	
Satisfação demonstrada pelos pais com as respostas relativas ao desenvolvimento infantil	
Formas e vias de comunicação sugeridas pelo enfermeiro a que os pais possam recorrer em caso de problemas ou dúvidas	

APÊNDICE 4
PROJECTO DE ESTÁGIO

Nota: O Projecto de estágio disponibilizado não apresenta os anexos que constavam do trabalho original por não se terem considerado importantes para este relatório, mas serão disponibilizados se assim solicitados.

2º Curso de Mestrado Em Enfermagem:
Área De Especialização Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria
Unidade Curricular Opção II

**Avaliação do Desenvolvimento Infantil
em Contexto de Consulta de Vigilância de Saúde Infantil:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**

Um Projecto de Programa e de Estágio

Elaborado por:

Rita Salvado nº3836

Orientador:

Enfª Maria Teresa Oliveira Marçal

Regente da U.C.:

Maria José Pinheiro

Lisboa

Julho 2011

0-SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E PERTINENCIA DA PROBLEMÁTICA	3
2.1 - Contextualização global.....	3
2.2 - Contextualização local	4
3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
3.1 - Desenvolvimento infantil - os processos, os factores intervenientes e os principais problemas....	7
3.2 - O enfermeiro e a avaliação do desenvolvimento da criança: de um quadro de referência para a prática ao processo de cuidados e aos instrumentos a utilizar.....	10
4 – DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER AO PROJECTAR DE UM PERCURSO.....	15
4.1 - Finalidade, objectivos e etapas do programa.....	16
4.2 - Planeamento das experiências de Estágio: objectivos gerais, locais e cronograma.....	18
5 - CONCLUSÃO	21
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
Anexos.....	
ANEXO I - Conceitos.....	
ANEXO II – Perspectivas do desenvolvimento humano	
ANEXO III - Etapas do desenvolvimento	
ANEXO IV – Sinais de Alerta de acordo com a faixa etária.....	
ANEXO V – Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança	

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Opção II, do segundo semestre do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a elaboração de um projecto no sentido da resolução de um problema verificado no contexto de prática clínica. Essa ideia de projecto contribuirá igualmente para dar corpo às experiências de estágio propostas para o curso, a serem implementadas no terceiro semestre.

Segundo a OMS, *“as crianças representam o futuro, pelo que, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades”*⁹. (...) *Na últimas décadas, as relações entre saúde, crescimento físico, desenvolvimento psicológico e cuidados parentais tornaram-se mais claras. Intervenções combinadas para o crescimento e desenvolvimento que ajudam as famílias a praticar “parentalidade responsável” têm o potencial de promover um melhor desenvolvimento psicológico, bem como o crescimento físico.”*¹⁰

No que se refere à avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, os enfermeiros são elementos essenciais na equipa de saúde, pois são os elementos que estão mais acessíveis aos pais e crianças e possuem os conhecimentos técnicos para cumprir essa função. No entanto, tenho constatado, que existem algumas dificuldades na implementação de todo o processo de avaliação do desenvolvimento infantil no meu contexto de trabalho, sendo que, essa avaliação, não é habitualmente realizada pelos enfermeiros com prejuízo para as crianças e para a profissão.

Neste sentido pretendo desenvolver um programa sobre a temática da avaliação do desenvolvimento infantil no programa de Vigilância de Saúde Infantil, nomeadamente no que concerne à intervenção do enfermeiro. É um programa que incide num problema que até ao momento não tem obtido a atenção merecida no meu local de trabalho.

A elaboração deste projecto pressupõe não só o planeamento dos referidos estágios, como também uma reflexão prévia sobre a temática e sobre os possíveis contributos destes estágios para a aquisição de competências que me permitam, da forma mais eficiente e aprofundada, implementar o projecto que pretendo desenvolver na minha área de prestação de cuidados.

⁹ In: http://www.who.int/topics/child_development/en/

¹⁰ In: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/en/index.html

Como área de atenção principal, pretendo desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, nomeadamente para prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2009, p.21). Ao longo dos referidos estágios, pretendo mais especificamente, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que contribuam para promover o desenvolvimento harmonioso da criança, detectar precocemente situações de atraso de desenvolvimento, actuar junto das crianças e dos pais de forma a potencializar as suas capacidades e finalmente encaminhar e articular-me com as equipas especializadas adequadas. Pretendo ainda, desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente no domínio da Gestão de Cuidados “optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2009, p.17), sendo esta um contributo para a formação e acessoria à equipa de enfermagem não só neste âmbito mas também de outros conhecimentos específicos da saúde Infantil. Por fim, pretendo ainda, fazer um levantamento de todos os recursos disponíveis no concelho e distrito, que ofereçam respostas aos problemas na área da saúde Infantil e Pediatria e a forma como estes actualmente se articulam.

Na elaboração deste projecto sustentar-me-ei nas filosofias de Cuidados Centrados na Família, Parceria de Cuidados, e na Teoria de Enfermagem de Alfaf Meleis. Os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados como pilares da Enfermagem pediátrica contribuem para uma abordagem complexa, personalizada e mais eficaz dos cuidados à criança em desenvolvimento. A escolha da Teoria das transições de Alfaf Meleis como referencial para os cuidados de enfermagem é justificada por oferecer uma interpretação que clarifica e se compatibiliza com o objectivo das consultas de vigilância infantil, na medida que oferecem cuidados de enfermagem promotores da transição para a parentalidade e adaptação aos diferentes estágios de desenvolvimento da criança

De seguida irei abordar a problemática no contexto actual do meu local de trabalho, o enquadramento teórico que sustenta a problemática, e por fim o planeamento do programa que pretendo implementar e dos referidos estágios.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E PERTINENCIA DA PROBLEMÁTICA

2.1 - Contextualização global

Segundo a OMS¹¹, “o futuro das sociedades humanas depende da possibilidade que as crianças tenham de atingir o seu óptimo crescimento físico e desenvolvimento psicológico. Nunca antes houve tanto conhecimento para ajudar as famílias e as sociedades no seu desejo de educar os filhos para conhecer o seu potencial.”

Como é referido pelo National Scientific Council on the Developing Child¹² (2007), “....quando deixamos de oferecer às crianças o que eles precisam para construir uma base sólida para uma vida saudável e produtiva, colocamos em risco a nossa prosperidade e segurança, (...) todos os aspectos do capital humano adulto, da força das habilidades de trabalho ao comportamento cooperativo e legal, são construídos sobre as capacidades que são desenvolvidos durante infância, desde o nascimento.”

A investigação científica, comprova que o cérebro humano é construído ao longo do tempo. A arquitetura básica do cérebro é construída através de um processo contínuo que começa antes do nascimento e continua pela idade adulta. Os primeiros cinco anos são particularmente importantes para o desenvolvimento cerebral, mas os três primeiros anos, são os mais críticos na formação da arquitetura cerebral da criança. As primeiras experiências, fornecem a base para o desenvolvimento organizacional do cérebro e têm um impacto directo sobre a forma como as crianças desenvolvem habilidades de aprendizagem, sociais e emocionais (UNICEF et al, 2010).

Quando a monitorização do desenvolvimento das crianças é feita de forma contínua ao longo do tempo, os problemas que requerem atenção podem ser identificados e respostas precoces e adequadas podem ser dadas. Essa monitorização “pode ser feita por médicos (...), profissionais de enfermagem, ou especialistas em desenvolvimento dentro do contexto dos cuidados de saúde regulares, bem como através da observação contínua de prestadores de cuidados e educação precoce qualificados. Satisfazer plenamente este objetivo requer (...) acesso sustentado a uma fonte consistente de cuidados de saúde primários para todas as crianças”. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007, p.5)

¹¹ http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/en/index.html

¹² http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/science_of_early_childhood_development/

Compreende-se assim, que a avaliação do desenvolvimento, constitua a par da avaliação do crescimento, a base da avaliação do bem estar e saúde da criança preconizada pela Direcção Geral da Saúde (D.G.S.). Segundo o documento “Orientações Técnicas da Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de actuação” da D.G.S. o primeiro objectivo dos Exames de Saúde referido é: *“...avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar, nos suportes próprios,(...) os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial...”*(p.7).

Segundo os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica elaborados pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.69), *“...no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem...”*. Portanto, no que diz respeito à avaliação do desenvolvimento infantil, esta é da responsabilidade, quer do Enfermeiro Generalista e Especialista em Saúde Infantil. Ambos devem possuir competências no âmbito da Prestação de Cuidados, para efectuar, “de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem” e analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão¹³ (OE, 2003, p.20). O contributo dessa avaliação quando realizada de forma sistematizada e por um instrumento validado fiável, reflecte-se não só na abordagem dos cuidados antecipatórios realizados pelo enfermeiro mas também na detecção precoce das situações em que há atraso de desenvolvimento.

A escolha de intervir nesta problemática em concreto, prende-se portanto, com o aspecto estrutural que a avaliação desempenha nos cuidados de enfermagem no âmbito da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e com o potencial impacto que a melhoria dos cuidados de enfermagem neste domínio poderá ter na qualidade de vida e das crianças com extensão à idade adulta.

2.2 - Contextualização local

A realidade no meu local de trabalho, afasta-se desta perspectiva e do preconizado. Constatou-se que a equipa de enfermagem, ainda tem dificuldade em valorizar e mobilizar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil assim como em conhecer e dominar em profundidade o instrumento de avaliação do desenvolvimento proposto pela

¹³ In: DIVULGAR: Competências do enfermeiro de cuidados gerais (O.E., 2003)

Unidade Local de Saúde (Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan), protelando na maioria das vezes essa avaliação para os médicos de família. Estes aspectos (a não avaliação do desenvolvimento e ausência de conhecimentos que permitam a aplicação dos instrumentos e a interpretação dos dados recolhidos), limitam a amplitude e a qualidade dos cuidados antecipatórios realizados pelos enfermeiros, pois são feitos apenas respeitando as orientações pré-formatadas para as idades chave e pouco adequadas à individualidade de cada criança.

Outra consequência, diz respeito à identificação das crianças com atrasos de desenvolvimento e sua sinalização à Equipa de Intervenção Precoce na Infância (I.P.I.). Depois de um levantamento de dados junto da Equipa de I.P.I. de Almodôvar, que abrange a mesma área do Centro de Saúde (C.S.) de Almodôvar, concluí que, das 31 crianças actualmente acompanhadas, apenas 9 foram sinalizadas pelo C.S. de Almodôvar. A maioria das situações de atraso de desenvolvimento foram detectadas pelos professores (após a entrada na pré-escola) e pela própria família. Em menor número pela Segurança Social, Hospital de Beja e pelo Centro de Paralesia Cerebral. Concluí ainda, que a maioria das situações são detectadas após os 3 anos, quando os problemas já são mais evidentes, deixando em aberto a possibilidade de uma eventual detecção mais precoce a nível da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e consequente intervenção precoce se estivessemos perante a utilização sistemática e rigorosa de um instrumento de avaliação do desenvolvimento. Na procura de explicação para as razões deste problema, questionei individualmente os elementos da equipa de enfermagem. As três principais justificações apontadas foram as seguintes: a falta de conhecimentos teórico/práticos na utilização dos testes e dos dados recolhidos (mais frequente), a crença de que a avaliação do desenvolvimento é uma intervenção do médico e de que os dados dela obtidos não são úteis ou necessários para os diagnósticos e intervenção do enfermeiro e por fim o desconhecimento da existência dos testes de desenvolvimento (apenas um elemento).

Para além das dificuldades atrás referidas, há ainda condições de organização e funcionamento do C.S. que influenciam a intervenção dos enfermeiros nesta área, que não devemos deixar de referir. Destaco facto de não haver material adequado para avaliar o desenvolvimento na sala onde é realizada a Consulta Vigilância de Saúde Infantil. Para além deste facto, o local utilizado, é partilhado para a realização de outras consultas (de Planeamento familiar) e não reúne as condições de segurança adequadas às crianças,

estando sobrecarregada de material incluindo a marquesa ginecológica, material para a realização das citologias e de preparação de terapêutica assim como fios dos computadores acessíveis às crianças. Para além disso, não existe actualmente, um espaço próprio para a realização da consulta de Enfermagem, pelo que na maioria das vezes o médico e enfermeiro estão em simultâneo no mesmo espaço, e vão alternando as suas intervenções enquanto o outro profissional faz os seus registos. Os cuidados antecipatórios vão sendo feitos ao longo de toda a consulta.

Para além das condicionantes referidas, há uma fraca articulação com as equipas especializadas do Departamento de Saúde Mental de Beja, do Centro de Paralesia Cerebral de Beja e de Intervenção Precoce de Almodôvar que acompanham as crianças com problemas de desenvolvimento e comportamento, existindo pouca comunicação destas equipas, com as equipas de Enfermeira e Médico de família, aspecto que tem fomentado algum afastamento destas famílias das equipas de Saúde.

Perante esta realidade, e à luz do artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que representa os Princípios gerais, focando-me no ponto nº 3, que refere que: *“...são princípios orientadores da actividaded dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos; c) A excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com os outros profissionais...”*, manifesto a minha preocupação perante algumas práticas que não respeitam este princípio. Nomeadamente, no que diz respeito aos actos que se opta por não realizar e que podem ser interpretados como negligência e irresponsabilidade no papel de enfermeiros perante a sociedade, mas também relativamente à excelência do exercício que diz respeito *“...à meta de qualidade no cuidados prestados numa perspectiva holística da pessoa (...). A avaliação da qualidade dos cuidados poderá ser realizada segundo uma tríade de vertentes (estrutura, processo e resultados), mas o que se pretende salientar é a dimensão moral do serviço que se presta e que os outros esperam de nós”*.

Assim sendo, no conjunto desta problemática identifico três domínios que deverão merecer especial atenção: a prática clínica, a gestão/organização de cuidados e a formação.

3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 - Desenvolvimento infantil - os processos, os factores intervenientes e os principais problemas

Durante a pesquisa realizada com o intuito de encontrar a definição de desenvolvimento infantil que melhor se adequasse ao meu projecto encontrei inúmeras definições que variavam conforme a disciplina científica que fundamentava o seu autor.

Segundo a OMS, o “*..desenvolvimento (infantil) pode referir-se à maturidade em termos de físico, cognitivo, linguagem, social-emocional, temperamento, ou desenvolvimento de competências motoras grosseiras e finas.*”

O **desenvolvimento infantil** é definido na CIPE® 2 como “*Crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância*”(p.48).

Como é referido por HOCKENBERRY *et al* (2006, p.80), o processo de desenvolvimento Infantil, é dinâmico e envolve a inter-relação simultânea e contínua do **crescimento, desenvolvimento, maturidade e diferenciação** (Anexo I). Estudos realizados por Guesell, evidenciaram padrões de desenvolvimento definidos, previsíveis, universais, e básicos a todos os seres humanos, “mas cada ser humano alcança-os de uma maneira e num tempo exclusivo para esse indivíduo”. Podem-se detectar três padrões de tendência direcional no desenvolvimento (e crescimento): a) Ocorre numa direcção cefalo-caudal pelo que o desenvolvimento das competências sensorio-motoras também ocorrem nessa direcção; b) Ocorre do sentido proximal para o distal ou seja, da linha média do corpo para a periferia; c) Evolui no sentido da diferenciação, das operações simples para as complexas (das capacidades motoras grosseiras para as capacidades motoras finas).

Outro conceito que importa referir de forma a compreender-se o processo de desenvolvimento, é o de plasticidade neural, que é a capacidade que os sistemas neurais têm de ser modificados pela experiência. Esta capacidade é mais importante durante o período pós-parto, quando a formação dos sistemas neurais está em processo activo. No entanto, a plasticidade continua a ser uma característica ao longo da vida como evidenciado pelo facto dos adultos poderem aprender novas habilidades. Não obstante, o grau de flexibilidade vai sendo reduzido com o avançar no processo de maturação e apresenta variação individual. (Ontario College of Family Physicians *et al*, 2010). A Investigação demonstra ainda que intervenções precoces podem alterar a estrutura e

função cerebral (HEIDELISE *et al*, 2006). A arquitetura do cérebro é construída ao longo de uma sucessão de "períodos sensíveis", cada um dos quais está associado à formação de circuitos específicos que estão associados a habilidades específicas. O desenvolvimento de habilidades cada vez mais complexas e seus circuitos subjacentes baseia-se nos circuitos e habilidades que foram formados anteriormente [National Scientific Council on the Developing Child – (NSCDC), 2007, p.5]. Segundo BRAZELTON (2007, p.11) “nenhuma criança apresenta uma linha de progresso contínuo. O desenvolvimento motor, cognitivo e emocional parecem seguir uma linha irregular com altos e baixos e com fases estacionárias”.

Tal como no desenvolvimento físico, a personalidade desenvolve-se de forma gradual e previsível, em que “as novas realizações, são construídas sobre habilidades previamente dominadas”. Para além disso “muitos dos aspectos dependem do crescimento e maturidade físicos.” (HOCKENBERRY, *et al*, 2006, p.86)

Diferentes teorias da personalidade e do desenvolvimento do comportamento oferecem explicações para os diferentes domínios, completando-se. Segundo PAPALIA (2001, p.28), o desenvolvimento humano pode dividir-se nas seguintes 5 perspectivas: psicanalítica, de aprendizagem, cognitiva, contextual, evolutiva/ sociobiológica. De entre estas perspectivas, destacam-se autores como Freud (teoria psicosssexual), Erickson (teoria psicossocial), Bandura (teoria da aprendizagem cognitiva-social), Piaget (teoria cognitiva), Vygotsky (teoria sociocultural), Bronfenbrenner (teoria bioecológica), e Bowlby (teoria do apego), essenciais para a compreensão dos fenómenos de desenvolvimento da personalidade humana. (Anexo II). Também outros autores contribuíram para uma compreensão mais completa do desenvolvimento da personalidade como Kolberg (teoria do desenvolvimento moral), Ainsworth (teoria do apego), ou Fowler (teoria do desenvolvimento espiritual).

BRAZELTON (2002) desenvolveu o conceito de Pontos de referência (Touch points) que diz respeito a 13 *“períodos que ocorrem durante os três primeiros anos de vida em que os esforços de desenvolvimento da criança resultam numa ruptura pronunciada da vida familiar”*.

A biologia da saúde e do desenvolvimento precoces ilustram como as complexas interações entre genes, condições ambientais e experiências produzem adaptações positivas ou negativas nos sistemas básicos com conseqüências biológicas ao longo da vida para a saúde física e mental. Três pilares têm importancia critica no desenvolvimento

infantil: o ambiente de relacionamentos da criança, os ambientes físicos, químicos e construídos, e uma alimentação saudável e adequada. (NSCDC, 2010, p.7). Portanto, para que a criança se desenvolva em circunstâncias favoráveis, para além de uma nutrição adequada e da ausência do contacto com ambientes químicos e físicos tóxicos, necessita ainda de um ambiente físico com os estímulos apropriados e em níveis apropriados, assim como um ambiente de afectos, seguro e constante. Segundo HOCKENBERRY, *et al* (2006) o desenvolvimento é influenciado por uma variedade de condições e circunstâncias que incluem: hereditariedade, factores neuroendócrinos, nutrição, relações interpessoais, nível socio-económico, riscos ambientais, meios de comunicação, género da criança, doenças, e ambiente físico. BRAZELTON (2002), descreve que para que a criança cresça e aprenda, apresenta como requisitos essenciais, a satisfação das seguintes necessidades: de relações afectivas contínuas; de protecção física, de segurança e disciplina; de experiências adaptadas às diferenças individuais; de experiências adequadas ao desenvolvimento; de estabelecer limites, organização e expectativas; de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; de protecção do futuro. BRAZELTON (2007, p13) acrescenta ainda, que o temperamento individual dos bebés influencia o modo como prestam atenção e absorvem os estímulos orientadores dos pais e influencia também as reacções dos pais.

Perante o conhecimento destes factores, muito pode ser feito pela sociedade de forma a garantir que os ambientes das crianças providenciem as condições necessárias para que os seus sistemas desenvolvam o máximo do seu potencial de desenvolvimento assim como o melhor nível possível de saúde.

O conhecimento actual reflecte a complexidade do desenvolvimento infantil, assim como as variações daquilo que poderá ser considerado um desenvolvimento normal. É importante conhecer as etapas do desenvolvimento (Anexo III) assim como os aspectos promotores do desenvolvimento e ter as competências necessárias para distinguir entre as situações em que se pode recomendar reforço da estimulação e vigilância, e aquelas situações em que é necessária uma intervenção especializada. Ainda que não exista uma linha rígida que separe o normal do atraso patológico, existem sim, sinais de alerta (Anexo IV) que devem ser valorizados juntamente com o conhecimento e preocupações dos pais.

BELMAN *et al* (2002, p.5) refere que *“o desenvolvimento abaixo dos padrões normais pode indicar a existência de um atraso ou de alguma perturbação, assim com um*

desvio ou variação no desenvolvimento devido a uma causa ambiental ou genética”. Segundo PINTO (2009), “...da noção básica de que havia um «atraso do desenvolvimento psicomotor» ou «atraso na fala», foi-se progredindo para um melhor conhecimento das diferentes áreas: a motricidade global (movimentos amplos dos membros), a motricidade fina (coordenação óculo-manual), os sentidos (visão, audição, olfacto, paladar e tacto), a linguagem (compreensão e expressão), a cognição não verbal (realização de construções, encaixes, etc.), o raciocínio prático (noções abstractas), o comportamento, as emoções, as competências sociais e a autonomia.”

Nem sempre é possível perceber se uma alteração é ou não transitória pelo que até confirmação desse aspecto é importante que a abordagem aos pais seja de esperança e de valorização do seu papel. No entanto, perante a confirmação de um diagnóstico de atraso de desenvolvimento, há sempre um trabalho de capacitação dos pais e criança para realizar. Segundo o PNS (2004, p.30) *“As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos Centros de Desenvolvimento Infantil”*. Segundo PINTO (2009), é importante, que para além do reconhecimento dos desvios patológicos, as crianças sejam sinalizadas o mais cedo possível. Uma avaliação do desenvolvimento mais completa e especializada e o início da intervenção o mais precocemente possível, tentando aproveitar a plasticidade cerebral, permite recuperar algumas competências e evitar o acumular de dificuldades. Para dar resposta a esta necessidade foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) com vista a *“garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento”*, competindo ao Ministério da Saúde: *i) Assegurar a detecção, sinalização e accionamento do processo de IPI; ii) Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico e orientação especializada (...); (DEC-LEI nº 281/2009).*

Esta abordagem global do desenvolvimento permite assim antecipar e perceber onde e como pode o enfermeiro actuar nos diferentes níveis de prevenção.

3.2 - O enfermeiro e a avaliação do desenvolvimento da criança: de um quadro de referência para a prática ao processo de cuidados e aos instrumentos a utilizar

a) Avaliação do desenvolvimento enquanto fenómeno de enfermagem

Segundo o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2001), “...os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” E neste sentido assumindo a problemática escolhida, é com esta visão global e abrangente que o enfermeiro deve olhar a avaliação do desenvolvimento, como um meio que permite actuar em todos os níveis atrás descritos, na O mesmo documento refere ainda que “...as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde”, aspecto que assume ainda mais relevância quando os cuidados se referem a uma criança (indo de encontro à filosofia dos cuidados pediátricos) em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O REPE como diploma que caracteriza os cuidados de enfermagem refere que as intervenções dos enfermeiros podem ser autónomas e interdependentes. Sendo que a avaliação do desenvolvimento infantil pode ser considerada uma intervenção autónoma na medida em que pode ser realizada “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais”.

Também o documento que regula as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da OE (2003) refere que o enfermeiro “(C-44) Efectua de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem; (C-45) Analisa interpreta e documenta os dados com exactidão; (C-86) Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.” Conforme referido, o enfermeiro deve manter o seu conhecimento baseado na evidência científica, actualizado e procurar incorporá-lo na sua praxis diária. Assim, todas as intervenções que envolvem a avaliação do desenvolvimento, devem ser baseadas numa recolha de dados assente em estratégias de comunicação adequadas e instrumentos validados e treinados. Já do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (SIP) segundo o Modelo de Desenvolvimento

Profissional (OE, 2009), espera-se que seja capaz de “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”. Como parte integrante dos critérios de avaliação desta competência está incluída a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. No entanto, do ponto de vista da enfermagem, a avaliação do desenvolvimento apenas faz sentido como parte integrante de uma avaliação global das necessidades de uma criança (ANEXO V) e sua família sempre perspectivando que esta “alcance o máximo potencial de saúde” (OE¹⁴, 2001).

Segundo a OE (2010), *“...a prática clínica direccionada para a avaliação do desenvolvimento infantil, faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança, o que está implícito num programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, onde consta a observação e avaliação devida para poder agir.”* BELLMAN, et al, (2003, p.5) refere que o rastreio em desenvolvimento infantil é *“um trabalho sistemático cujo objectivo é verificar se a criança está a desenvolver-se dentro dos parâmetros normais para a sua idade”*. Refere ainda que *“na maior parte dos casos, uma intervenção precoce permite que as crianças consigam desenvolver todo o seu potencial e evita que sejam posteriormente identificadas como possuindo necessidades educativas especiais”*.

A avaliação do desenvolvimento é portanto transversal e necessária aos diferentes níveis de cuidados:

- 1 – Promover o desenvolvimento infantil (conhecendo as diferentes etapas do desenvolvimento, antecipando-as e aconselhando os pais sobre as actividades que podem ajudar na aquisição das competências evitando alguns dos problemas relacionados com factores ambientais e erros/lacunas na estimulação da criança.
- 2 - Saber detectar os desvios fisiológicos e passíveis de correcção através de medidas simples. (Incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida)
- 3 - Detectar e reconhecer os desvios patológicos da normalidade, sinalizando e encaminhando às equipas especializadas o mais precocemente possível.
- 4 – Acompanhar e participar no processo de capacitação da criança com atraso de desenvolvimento e sua família

Segundo a OE (2010) *“...para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o*

¹⁴ OE In Divulgar “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2001)

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, dos quais destaco “The Schedule of Growing Skills II” e a “Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan”, que a OE classificou como instrumentos de aplicação rápida, precisos e fiáveis. The Schedule of Growing Skills II, é, segundo Bellman, Lingam, Auket (2003), autores da escala, um procedimento de rastreio do desenvolvimento utilizado em programas de vigilância e promoção de saúde infantil, foi elaborada apartir dos estudos e da Escala de Avaliação de Mary Sheridan. Segundo os mesmos autores, *“uma das principais actividades envolvidas no rastreio em desenvolvimento infantil consiste na aplicação de um procedimento relativamente rápido, que permita ao profissional obter um quadro global das competências de desenvolvimento das crianças nas diferentes áreas”*. “The Schedule of Growing Skills” pode ser aplicada em crianças desde o nascimento até aos 5 anos e avalia 9 áreas de competência: Controlo Postural Passivo, Controlo Postural Activo, Locomotoras, Manipulativas, Visuais, Audição e Linguagem, Fala e Linguagem, Interação social e Autonomia Pessoal. São avaliados 179 itens, sendo que a área cognitiva é distribuída por algumas das 9 áreas acima descritas e é a única área que não está incluída na Escala de Avaliação de Mary Sheridan.

Perante um instrumento de avaliação e os conhecimentos para sua utilização correcta, aplicá-lo, apenas se torna possível se houver domínio de algumas habilidades e estratégias de comunicação tanto com a criança como com a família e às quais ainda se deve acrescentar todo o conhecimento e informação específica relativa àquelas pessoas em particular.

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.” É também importante como refere HOCKENBERRY *et al* (2006, p.111) considerar que os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes pois as crianças estão muito conscientes do ambiente em redor e atribuem significados a cada gesto e movimento feito. É importante também permitir o envolvimento gradual da criança, ser honesto e congruente na atitude. No entanto cada estágio de

desenvolvimento cognitivo e social apresenta características próprias que importa considerar quando se pretende comunicar com crianças de forma eficaz e atraumática.

Embora a criança seja um indivíduo separado e distinto, os relacionamentos com a criança são mediados pelos pais, sendo estes a par com a observação, fonte da maioria da informação relativa à criança. (HOCKENBERRY, *et al*, 2006, p.107) O método mais frequentemente utilizado para se comunicar com os pais em contexto profissional é a entrevista. No entanto o desenvolvimento das aptidões necessárias para conduzir uma entrevista requerem tempo e prática, podendo este processo ser facilitado se se respeitarem alguns princípios orientadores. *“Entrevistar os pais, não só oferece a oportunidade para determinar as condições de saúde e de desenvolvimento da criança, mas também fornecer informações sobre factores capazes de influenciar a vida da criança”* (HOCKENBERRY, *et al*, 2006, p.106-108). É fundamental que durante o processo de avaliação do desenvolvimento o enfermeiro promova a partilha de informação e participação dos pais, pois só desta forma, é possível que se estabeleçam estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil”. Actualmente a importância da valorização do papel dos pais enquanto elementos da equipa de saúde é uma verdade teoricamente aceite, no entanto, *“existe um longo caminho a percorrer do ponto de vista das metodologias de intervenção e da formação dos diferentes profissionais de saúde, assim como do enquadramento legal e operacional dos serviços, para que esta se torne uma realidade generalizada e indiscutível.”* (BARROS, 2003)

b) Teoria de Enfermagem

De forma a compreender e interpretar a temática escolhida tornou-se necessário recorrer a uma teoria que se lhe ajustasse e a clarificasse. Neste sentido optei pela Teoria das Transições criada e desenvolvida por Afaf Meleis. A sua teoria, pretende contribuir para que os enfermeiros, identifiquem, compreendam e orientem pessoas em processos de transição. A teoria de Meleis suporta-se no conceito de transição, que define como uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estágios, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (MELEIS, 2010). MELEIS (2000) refere que as mudanças no estado de saúde podem fornecer oportunidades para aperfeiçoar o bem-estar e aumentar o risco dos indivíduos à doença, bem como desencadear um processo de transição. A

vulnerabilidade pode ser encarada como uma qualidade de vida diária revelada através de um compreensão das experiências dos clientes e respostas durante os períodos de transição. Neste sentido, a vulnerabilidade, está relacionada a experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a danos potenciais, recuperações prolongadas e problemáticas, e coping retardado e prejudicial. Meleis identifica 4 tipos de transição: de desenvolvimento, situacionais, de saúde doença e organizacionais. Refere ainda a existência de factores facilitadores e inibidores para as transições e padrões de resposta. MELEIS (2010) refere-se à transição no desenvolvimento, nomeadamente na passagem da infância à adolescência e de adolescente a adulto e a situações de crianças em processo de doença crónica com transição para a sua nova condição de vida mas sempre reforçando o papel social e de interacção do indivíduo com outros. Embora não tenha encontrado estudos usando esta teoria no âmbito da minha temática específica, ou seja direccionada à criança em processo de desenvolvimento como cliente de cuidados de enfermagem, ela refere-se sim, ao processo de aceitação e facilitação na transição para a parentalidade (ANEXO I) como factor promotor e essencial para o bem estar da criança em desenvolvimento. Refere-se inclusive à adaptação dos pais a diferentes estágios de desenvolvimento. É competência do enfermeiro especialista de SIP promover a parentalidade e a parceria de cuidados. Num contexto de Cuidados de Saúde Primários é fundamental que o enfermeiro respeitando a filosofia de Cuidados Centrados na Família, aja com intencionalidade no sentido de responsabilizar e capacitar os pais como promotores do desenvolvimento saudável. Diferentes estágios de desenvolvimento requerem diferentes conhecimentos e habilidades por parte dos pais para lidar com os momentos de crise e reconhece-los como oportunidades de crescimento da criança e da família como um todo de relações e afectos. É neste sentido que podemos enquadrar o enfermeiro como um agente facilitador na transição do papel parental para os diferentes estágios de desenvolvimento da criança e influenciar positivamente na promoção do seu desenvolvimento.

4 – DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER AO PROJECTAR DE UM PERCURSO

DIAS (2006) define competências como sendo as características individuais, as potencialidades, as habilidades, as aptidões, as capacidades de acção, as atitudes, os traços de personalidade e comportamentos. BENNER (2005) identifica 5 estágios no processo de aquisição de competências na prática de enfermagem: principiante,

principiante avançado, competente, proficiente e perito, descrevendo a enfermeira perita como “tendo um domínio intuitivo da situação e como capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas”. Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional desenvolvido pela OE (2009, p.17) “...o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais concretiza-se, em **competências comuns e específicas**. Pela certificação destas competências clínicas especializadas se assegura que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção(...). Neste enquadramento, é meu propósito “caminhar” no sentido de me tornar perita. Para tal, necessito de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em SIP, no entanto irei debruçar-me sobre aquelas que contribuirão para melhor dar resposta aos problemas da minha realidade profissional e neste caso à temática por mim escolhida. O propósito deste projecto, é precisamente orientar-me no sentido dessa caminhada e concentrar-me no desenvolvimento das competências cruciais para me tornar numa perita no meu contexto específico de trabalho. Assim sendo, de seguida irei explicitar o programa que pretendo implementar para que depois possa reflectir sobre as competências que necessito de desenvolver para o colocar em prática com qualidade e responsabilidade.

4.1 - Finalidade, objectivos e etapas do programa

O programa que pretendo implementar tem a seguinte finalidade: Implementar a Avaliação do Desenvolvimento Infantil no contexto da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Personalizados do C.S. Infantil. Para tal, delineei objectivos específicos/instrumentais que me propõho atingir através das intervenções/actividades a seguir descritas:

Objectivos específicos	Intervenções	Recursos
- Motivar a equipa de enfermagem para a necessidade da realização da avaliação de desenvolvimento	- Realização de sessão de formação em serviço sobre importância da avaliação do desenvolvimento infantil, responsabilidade do enfº generalista, implicações positivas para as crianças e valorização do papel do enfermeiro - Reunião com equipa de enfermagem (encontrar	- Enfª Chefe/ coordenadora; - Equipa de enfermagem - Directora clínica - Bibliografia - Sala e material

infantil.	estratégias conjuntas para reestruturar a Consulta Saúde Infantil)	para projecção
- Aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem no âmbito do desenvolvimento infantil.	- Realizar acções de formação sobre: - a) Desenvolvimento Infantil no primeiro ano de vida, nos seus diferentes domínios. b) Cuidados antecipatórios e sua relação com o desenvolvimento infantil (0-5 anos). c) Aplicação do teste de rastreio de Mary Sharidan e sinais de alerta. - Possibilitar aos elementos da equipa de enfermagem que me observem a realizar consultas de Saúde Infantil. - Solicitar ao Enf. Director e ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) formação neste âmbito.	- Enfº Director - Enfª Chefe/ coordenadora; - Equipa de enfermagem - Directora clínica - Bibliografia - Sala e material para projecção - Crianças/pais - Teste Mary Sheridan
- Implementar a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II)	- Aprofundar os conhecimentos; - Solicitar à Directora do Centro de Saúde a aquisição da mala da “SGS II”; - Solicitar realização de acção de formação sobre SGS II pela Enfermeira Teresa Folha no Centro de Saúde de Almodôvar.	- Bibliografia - Estágios - Directora clínica - Equipamento técnico (SGS II) - Enfª Teresa Folha
- Disponibilizar material necessário para a realização do Teste de Mary Sheridan	- Solicitar a compra dos materiais necessários para a realização do teste de Mary Sharidan - Reunir material em caixa adequada e identificada. - Divulgar a sua existência aos elementos que fazem Consulta de Saúde Infantil.	- Recursos económicos - Directora clínica
- Assegurar assessoria do Enfermeiro Especialista em SIP à equipa de enfermagem	- Reunião com equipa de enfermagem para identificar necessidades de suporte e assessoria; - Reorganização do meu horário de trabalho; - Apresentar a disponibilidade aos elementos da equipa (horários e formas de contactacto).	- Entrevista - Reunião - Directora clínica - Enfermeira coordenadora - Enfermeiras de família
- Promover a articulação entre o C.S. Almodôvar e as diferentes instituições que oferecem cuidados de saúde às crianças no distrito de Beja.	- Realizar entrevista pessoal com o Enfº Chefe e telefonicamente com o Enfº Director; - Elaborar organigrama com a relação das instituições que oferecem cuidados de saúde às crianças no distrito de Beja; - Dar a conhecer o organigrama aos elementos da equipa de enfermagem em reunião oportuna; - Realizar entrevistas a enfermeiros e outros elementos das equipas de IPI de Almodôvar, do Centro de Paralesia Cerebral de Beja e Departamento de Saúde Mental de Beja - Identificar elementos de referência nas diferentes equipas; - Calendarizar contactos telefónicos ou pessoais regulares com os elementos de referência;	- Enfermeiro Chefe - Enfermeiro Director - Elementos das equipas de IPI de Almodôvar, - Elementos do departamento de Saúde Mental de Beja - Elementos do Centro de Paralesia Cerebral de Beja. - Equipa de

	- Participar em reunião (no C.S. Almodôvar) de apresentação da equipa de IPI já agendada para Setembro e sensibilizar equipa de enfermagem para que estejam presentes.	enfermagem do C.S. Almodôvar
- Identificar situações específicas de intervenção da Enf. ^a Especialista em SIP no âmbito da avaliação do desenv. infantil	- Revisão de literatura - Elaborar ficheiro que reúna informação das crianças com atraso de desenvolvimento sinalizadas e abrangidas pelo C.S. - Entrevistas com todas as equipas de família - Entrevistas a enfermeiros e outros elementos das equipas de IPI Almodôvar, do Centro de Paralesia Cerebral e Dep. de Saúde Mental de Beja.	-Base de Dados -Enfermeiras de família, Peritas, e Enfermeiras especialistas -Elementos das equipas de IP, Saúde Mental.

4.2 - Planeamento das experiências de Estágio: objectivos gerais, locais e cronograma

O planeamento do estágio, sejam os locais escolhidos, seja a duração de cada momento de aprendizagem ou até mesmo a ordem escolhida, vai de encontro aos objectivos que pretendo atingir e que dizem respeito, não só ao desenvolvimento das competências específicas e comuns do Enfermeiro especialista por mim priorizadas, mas também ao início da implementação do programa atrás descrito.

Para desenvolver o referido programa, a competência específica do Enfermeiro Especialista em SIP que considero determinante adquirir e aprofundar é a seguinte: (E3) **“Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”**. No entanto pelo facto da avaliação do desenvolvimento estar inserida num contexto de Consulta de Vigilância cujo principal objectivo é a promoção de saúde, não posso deixar de referir a importância da competência E1: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, essencial para que o propósito da avaliação do desenvolvimento seja atingido.

Para a implementação do programa será também necessário adquirir/aprofundar algumas competências comuns do enfermeiro especialista.

- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria continua da qualidade;
- C1. Gere Cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
- D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

De seguida descreverei os objectivos que me proponho atingir durante os estágios e que aprofundarei posteriormente após entrevistas nos vários locais de estágio.

Objectivo geral: Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem no âmbito das competências atribuídas ao Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.	
Objectivos específicos	Intervenções
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do desenvolvimento Infantil, (nomeadamente: detecção de sinais de alerta e identificação de situações de atraso de desenvolvimento mais frequentes.	- Consulta de Bibliografia - Observação de Consultas de Vigilância Infantil por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria ou Peritos
- Conhecer em profundidade a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (Schedule of Growing Skills II).	- Observação da aplicação dos instrumentos de rastreio (SGS II) por Enfermeiros Especialistas SIP ou Peritos. - Aplicação dos instrumentos de rastreio (SGS II) com supervisão de um perito.
- Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a criança em diferentes estágios de desenvolvimento e sua família	- Consulta de bibliografia - Observação de enfermeiros Enfermeiras Especialistas e peritos. - Reflexão sobre a minha prática e a dos outros enfermeiros - Elaboração de diários de bordo e Reflexão
- Identificar as necessidades das crianças com diferentes atrasos de desenvolvimento	- Entrevistas informais aos pais e crianças durante a realização das consultas de Vigilância de Saúde Infantil a crianças com atrasos de desenvolvimento - Entrevistas a enfermeiros - Consulta de bibliografia
- Desenvolver competências para intervir em situações de atraso de desenvolvimento	- Leitura de bibliografia - Observação de Peritas e enfermeiras Especialistas - Reflexão

De seguida apresentarei o meu Cronograma de estágios para o 3^a semestre:

Meses	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro			
Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27
	4	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29
Centro de Saúde												Férias de Natal										
Centro de Paralisia Cerebral																						
Neonatologia																						
Serviço de Medicina/Cirurgia																						
Serviço de Urgência Pediátrica																						
Departamento de Saúde Mental de Beja																						
Centro de Saúde Contexto Profissional																						

5 - CONCLUSÃO

Não posso terminar este projecto, sem referir, que embora a escolha desta temática se revista de importantes argumentos, é também uma temática que me deslumbra e diria até, aquela que me fez escolher ser Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Neste sentido este trabalho surge como um catalizador de aprendizagem que foi de encontro às necessidades que já sentia antes de iniciar este curso. Com este aspecto quero apenas reforçar, que esta caminhada que se faz com base na evidência científica e método de trabalho, apenas sobrevive com o entusiasmo necessário se der respostas a necessidades internas e externas. Ao longo da elaboração deste projecto fui também desenvolvendo algumas competências de pesquisa e reflexão, adquirindo conhecimentos na área e estabelecendo valiosos contactos para a minha actividade de futura enfermeira especialista. Embora ainda falte grande parte do percurso, parte que envolve os resultados da reflexão daquilo que sabemos, sobre aquilo que ainda somos e que gostaríamos de mudar e ser, a verdade é que esta etapa foi um bom ponto de partida. A elaboração deste trabalho, abrange dois grandes objectivos que se entrelaçam. Por um lado prepara e organiza uma nova etapa de ensino num domínio de aquisição, reflexão e aplicação de conhecimentos em ambiente clínico, e por outro, prepara-me, futura enfermeira especialista, para aquele que será o meu papel, com novas competências e responsabilidades no meu contexto específico de trabalho. Quase gostaria de chamar à disciplina “Transição I”.

Tenho grande expectativa relativamente à implementação do meu programa, pois vai de encontro a um problema premente, e, a ter sucesso na sua implementação, terá concerta um grande impacto na qualidade de vida das crianças e pais que necessitam dos cuidados de enfermagem. Penso também que prepara o terreno para futuros projectos na área da saúde infantil no sentido em que uma equipa de enfermagem com conhecimentos seguros na área do desenvolvimento infantil estará mais apta a compreender e envolver-se em projectos mais dinâmicos e complexos. Confesso finalmente, que a pretexto da elaboração de um projecto de âmbito académico, me apraz muito, começar o percurso de enfermeira especialista na expectativa de ser um vector de

mudanças, e contribuir positivamente para a melhoria dos cuidados oferecidos às crianças da minha região e simultaneamente promover o crescimento de um grupo de enfermeiros na qual eu estou incluída.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIGOOD, Martha.; TOMEY, Ann (2004) - **Teorias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-74-6.

ALS, Heidelise et al (2004) - Early Experience Alters Brain Function and Structure. **PEDIATRICS - OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS**. Illinois. ISSN 1098-4275. Vol. 113. Nº 4. (April 2004) 846-857

BARROS, Luísa. (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista**. 2ªEd. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-081-2

BELLMAN, Martin; LINGAM, Sundara; AUKET, Anne. (2003) – **SGS II. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. DOS 0 AOS 5 ANOS**. Manual Técnico. Lisboa: Cegoc. ISBN 972-881-04-5.

BENNER, Patricia. (2005) – **De Iniciado a perito – Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora.

BRAZELTON. T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. (2002) - **A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. 6ªEd. Lisboa: Editorial Presença.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

DIAS, Maria Fátima (2006) – **Construção e Validação de um Inventário de Competências. Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-14-3.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de actuação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9

DECRETO-LEI nº104/1998. (1998-04-21)

DECRETO-LEI nº 281/2009. **D.R I Série**. 193 (2009-10-06) 7298-7301.

HOUAISS, Antônio; VILAR, Mauro (2003) – **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Lisboa: Círculo de Leitores. ISBN 972-42-2809-6

HOCKENBERRY, M; WILSON, D; (2006). **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. ISBN 10:85-352-1918-8, ISBN 13:978-85-352-1918-0

MELEIS, Afaf; - **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory**. [em linha] (2000). acedido em: 21/07/2011. Disponível em:
<http://www4.uwm.edu/libraries/ereserve/doering/etemrm.pdf>

MELEIS, Afaf. (2010) - **TRANSITIONS THEORY:MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD - **The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood**. [em linha], (2010). Acedido em 3/07/2011. Disponível em:
http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/foundations-of-lifelong-health/

OMS : http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/en/index.html

Ontario College of Family Physicians *et al* - **Improving the Odds: Healthy Child Development**. [em linha], 4ªed (2010). acedido em: 02/07/2011. Disponível em:
http://www.ocfp.on.ca/local/files/CME/Healthy%20Child%20Development/Improving%20the%20Odds%202010/Improving_odds_first_sections.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. In: **Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional**. 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. ISBN 978-989-8444-00-4

PAPALIA *et al.* (2001) - **O Mundo da criança**, 8ª edição. Lisboa.

PINTO, Mónica - **Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme**. [em linha] (2009). acedido em: 02/07/2011. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=905

UNICEF *et al* (2010) – **Facts for life**. 4ªed. New York: United Nations Children's Fund. ISBN: 978-92-806-4466-1