

Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Avaliação do Desenvolvimento Infantil: relevância
na Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Infantil e Pediatria**

Sílvia Isabel Marques Araújo

Professora Orientadora: Maria Manuela Barbosa de Soveral

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**


Relatório de Estágio

**A Avaliação do Desenvolvimento Infantil: relevância
na Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Infantil e Pediatria**

Sílvia Isabel Marques Araújo

Lisboa

2016



PENSAMENTO

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

Louis Pasteur

A história nos julgará pela diferença que fizemos na vida de todos os dias das crianças.

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Concluir esta experiência que, muito contribuiu para o meu enriquecimento pessoal, acadêmico e profissional, foi possível atendendo à participação (direta ou indiretamente) daqueles a quem quero muito agradecer:

*Ao Guilherme e à Madalena, que são a minha essência,
À Beatriz e à Rafaela, para quem quero ser um exemplo de dedicação e conquistas,
À minha mãe e à minha irmã, por acreditarem sempre e pelo seu apoio incondicional,*

*Ao Filipe, por querer estar presente,
Aos familiares e aos amigos, pelo carinho em tantos momentos,*

*À Professora Maria Manuela Soveral, por todas as orientações e inesgotável paciência, tolerância e disponibilidade,
Aos docentes e aos orientadores clínicos, pela partilha de saberes e experiências,
Aos colegas, que incentivaram, ajudaram e tornaram o caminho mais fácil,*

A todas as crianças e suas famílias de quem cuido, pelo incentivo e pelos afetos que retribuem.

RESUMO

Este relatório visa refletir o processo de aprendizagem decorrente do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria para a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil. Pretende-se descrever e analisar os objetivos e atividades delineadas nos diferentes contextos clínicos, assente numa metodologia reflexiva, crítica e construtiva sobre a prática. A redação do texto contempla ainda analisar as filosofias de cuidados, os quadros de referência de enfermagem e a evidência científica pertinente, que orientam a prática de cuidados especializados.

No dever de procurar a excelência na prestação de cuidados, **a avaliação do desenvolvimento infantil e a relevância na intervenção do Enfermeiro Especialista** surgiu como catalisador para planear e concretizar este percurso formativo. Uma das áreas privilegiadas de intervenção autónoma dos enfermeiros é a avaliação e a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, reconhecendo na família o parceiro ideal para maximização do potencial de cada criança. A avaliação do desenvolvimento infantil exige conhecimentos especializados e uma comunicação sensível à aos estádios de desenvolvimento e à diversidade de crianças e famílias, definindo estratégias de atuação em parceria capazes também de gerir o bem-estar e detetar e encaminhar precocemente os desvios que comprometam a qualidade de vida.

Pais conscientes da avaliação de desenvolvimento do seu filho reportam maior satisfação na relação com os profissionais e com os cuidados de saúde, um importante indicador de qualidade e demonstrativo da relevância da profissão. Embora parte integrante da prática generalista, os cuidados especializados devem assumir a liderança na gestão e qualidade da avaliação do desenvolvimento infantil e inculcar boas práticas fundamentadas como a utilização sistemática de instrumentos de avaliação válidos.

Palavras-chave: Avaliação do desenvolvimento infantil, Promoção do desenvolvimento infantil, EEESCJ, Estádios de desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

The purpose of this report is to reflect the knowledge acquired from the Master course in Nursing for Infant and Pediatric Health Specialization to acquire and develop abilities as a Nursing Specialist in Child and Youth Health skills. The object is to portray and analyze the defined goals and activities in different care scenarios, based on a reflexive, critical and constructive approach concerning the practice. The report also includes the analysis of care philosophies, nursing frameworks and relevant scientific grounds that guide the practice of specialized care.

To attain excellence in health care services, the assessment of child development and the relevant intervention of the Specialist Nurse emerges as a catalyst to organize and implement this training course. The evaluation and promotion of child development and growth is one of the privileged areas of autonomous nursing intervention, recognizing in family the ideal partner to maximize each child's potential. The assessment of child development requires proficiency and sensitive communication at the stages of development including the family's and child's diversity, defining mutual operational strategies able to manage the well-being and detect early changes that compromise the quality of life.

Parents aware of the assessment of their child's development indicate greater satisfaction in their relationship with professionals and health care, which is an important quality indicator and demonstrates the relevance of the profession. Although an integral part of general practice, specialist healthcare should undertake leadership in management and evaluation of child's development quality and instill founded good practices such as the systematic use of valid assessment tools.

Key words: child development assessment, promotion of child development, EEESCJ, child development stadiums

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHL – Centro Hospitalar de Lisboa

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ELI – Equipa Local de Intervenção

IP – Internamento de Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1 <i>Fundamentação da Problemática</i>	13
1.2 <i>Desenvolvimento Infantil: conceitos, fatores influenciadores e teorias</i>	14
1.3 <i>Filosofias de Cuidados e Teoria de Enfermagem</i>	18
1.4 <i>Enfermeiro Especialista: fatores reguladores</i>	20
1.4.1 Domínios e desafios para a Avaliação do Desenvolvimento Infantil	22
2. DE CUIDADOS GERAIS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS: UM PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	24
2.1 <i>Transversalidade nos Contextos Clínicos: Vivências e Aprendizagens</i>	26
2.2 <i>Vivências e Aprendizagens no Centro de Desenvolvimento da Criança</i>	32
2.3 <i>Vivências e Aprendizagens numa Unidade de Saúde Familiar</i>	36
2.4 <i>Vivências e Aprendizagens numa Urgência Pediátrica</i>	41
2.5 <i>Vivências e Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i>	47
2.6 <i>Vivências e Aprendizagens no Internamento de Pediatria</i>	52
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	59

Apêndices

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Guia Orientador de Estágio – Objetivos e Atividades

Transversais aos Campos de Estágio

Apêndice III – Guia Orientador de Estágio – Centro de Desenvolvimento da Criança

Apêndice IV – Folha de Registo para a Avaliação do Desenvolvimento:
segundo a Escala de Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan

Apêndice V – *Journal Club: Conversations With Children About DNA and Genes Using an Original Children’s Book*

Apêndice VI - Guia Orientador de Estágio – Unidade de Saúde Familiar

Apêndice VII – Estrutura e Dinâmica da Consulta de Enfermagem de
Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

Apêndice VIII – Guia Orientador de Estágio - Urgência Pediátrica

Apêndice IX - Questionário aplicado na Urgência Pediátrica

Apêndice X - Guia Orientador de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Apêndice XI – Guia Orientador de Estágio – Internamento de Pediatria

Apêndice XII – Estádios de Desenvolvimento e Estratégias Terapêuticas

Anexos

Anexo I – Certificado de Participação – 16º Congresso Nacional de Pediatria

Anexo II – Certificado de Participação – IV Encontro de Intervenção Precoce na Infância

Anexo III – Certificado de Participação - XXII Jornadas do Hospital de Santal Maria – Diálogos na Dor

Anexo IV – Certificado de Participação – 7ª Reunião Pediátrica o SIM e O NÃO EM PeDIATRIA

Anexo V – Certificado de Participação – Curso Satélite COMUNICAÇÃO CLÍNICA

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no culminar de um percurso formativo com a pretensão de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ). Concretamente, reflete a última Unidade Curricular – Estágio com Relatório – do 6º Curso de Mestrado na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu no período entre 28 de Setembro de 2015 e 12 de fevereiro de 2016.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) determina que o Enfermeiro Especialista (EE) deve ser detentor de conhecimentos e competências específicas, em determinada área de intervenção, fazendo notar a sua atuação através de julgamento clínico e tomada de decisão profundamente ajustados à individualidade da pessoa (OE, 2010b). Certifica-se assim que o EE é capaz de identificar as necessidades de saúde da pessoa e de atuar em qualquer contexto de vida e em qualquer nível de prevenção, implicando não só a prestação direta de cuidados, mas também a gestão, a liderança e a investigação (*Ibid*). Ao nível das competências específicas do EESCJ é desejável uma prestação de cuidados de nível avançado, segura e adequada e que rume ao encontro da satisfação das crianças e das suas famílias. Uma das áreas de atuação privilegiadas é a **avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil**, tendo na família um parceiro de cuidados como forma de maximizar o potencial de cada criança, gerir o bem-estar e detetar precocemente as alterações negativas (OE; 2010c).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que o futuro da sociedade global depende das crianças, na sua capacidade de atingir o potencial ótimo de crescimento e desenvolvimento. Coerentemente, uma das prioridades de saúde no mundo é a promoção das competências físicas e motoras, cognitivas, emocionais, linguísticas e sociais das crianças. Por outro lado, a velocidade única de crescimento e desenvolvimento imprime na criança e no jovem uma necessidade constante de adaptação e a promoção das suas competências deve ser flexível e ajustável aos processos de transição.

Meleis (2010) considera que o ciclo de vida humano têm intrínsecas múltiplas transições que decorrem do crescimento e do desenvolvimento e que poderão estar

associadas a transições situacionais ou a transições de saúde-doença. Para a autora, os processos transacionais são o foco central da disciplina de enfermagem. Os enfermeiros, na sua prática clínica, assumem uma posição estratégica para a identificação, compreensão e orientação das pessoas em processos de transição amplos e multidimensionais. Esta visão de cuidados está integrada numa corrente de pensamento da disciplina – o paradigma da transformação – que fomenta, entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, uma relação de parceria na procura do potencial máximo de bem-estar que vá ao encontro das conceções e vivências da pessoa (Kérouac et al, 1996).

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) revelam também esta parceria e reciprocidade entre os profissionais de saúde e a criança e família. Os enfermeiros reconhecem a díade como um parceiro importante no processo de cuidados. Aceitar as especificidades caraterizadoras da criança e da família, investigar as suas limitações, enaltecer as potencialidades são alguns dos alicerces da prestação de cuidados.

A OE (2013) reconhece o papel decisivo da família no processo de cuidados. Pressupõe que parte da responsabilidade de “ser pai ou mãe” passa por ter uma participação ativa e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento do seu filho. Halfon *et al* (2004) demonstraram que os pais com maior perceção da avaliação do desenvolvimento da criança reportam maior satisfação quer nos cuidados de saúde, quer na relação interpessoal com os profissionais. A satisfação do cliente e a valorização da relação interpessoal entre cliente-enfermeiro são importantes indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem e da relevância da profissão.

Na minha prática clínica atual, ao nível dos cuidados de saúde primários, a avaliação e a promoção do desenvolvimento infantil têm assumido uma importância crescente, como uma área de aposta de prestação cuidados especializados e de excelência. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015) pressupõe a existência de uma formação contínua com vista ao desenvolvimento profissional, tendo sido a raiz deste percurso formativo.

Para a redação do trabalho utilizei uma metodologia reflexiva e analítica do percurso estabelecido nos diferentes contextos clínicos e, simultaneamente, procurei desenvolver a capacidade de síntese para as situações mais descritivas. Foram também ambições analisar as filosofias de cuidados e o quadro regulador da profissão que norteiam a prática clínica, demonstrar sumariamente a evidência científica pertinente e espelhar as vivências mais significativas nos diferentes contextos.

Estruturalmente, o relatório inicia-se com um capítulo onde se faz o enquadramento conceptual, dividido em subcapítulos onde se sintetiza a justificação da escolha da temática, se refere, acerca do desenvolvimento, os conceitos, fatores influenciadores e teorias consideradas e se faz a abordagem ainda à importância da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Ainda neste capítulo, integram-se os documentos reguladores da profissão nos domínios e desafios na intervenção do enfermeiro para a avaliação do desenvolvimento infantil. O segundo capítulo apresenta o percurso realizado para o desenvolvimento de competências, num ponto de vista descritivo e reflexivo sobre as vivências e aprendizagens organizadas em função dos diferentes contextos de estágio. O terceiro capítulo diz respeito às considerações finais, com enfoque no contributo para a prática clínica diária e expectativas futuras. Finalmente, serão referidas todas as obras citadas no decorrer do documento, seguidas dos anexos e apêndices considerados relevantes para a leitura e compreensão do texto.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este primeiro capítulo tem a função de enquadrar a temática da avaliação do desenvolvimento infantil. Dada a abrangência e exigência do tema, realçaram-se algumas considerações apenas sobre o que se julga ser mais pertinente.

Inicia-se o primeiro subcapítulo com a justificação do problema que impulsionou e serviu de fio condutor no processo de aprendizagem. O segundo subcapítulo aborda conceitos, fatores influenciadores e principais teorias estudadas acerca do desenvolvimento. Seguidamente, faz-se referência à Teoria das Transições de Afaf Meleis que orienta e clarifica o processo de cuidados e, por último, mas imprescindível, refere-se o quadro regulador da profissão nas diretrizes que emana sobre a avaliação e promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, com uma breve reflexão que integra os principais focos de intervenção e desafios a vencer.

1.1 Fundamentação da Problemática

A mente das crianças é o maior recurso natural das nações, defende Walt Disney, todavia nem só no mundo fantástico se reconhece o seu valor. A OMS defende que garantir o desenvolvimento das crianças, em todas as dimensões, deve ser encarado com uma prioridade para qualquer sociedade. Reconhecer o seu potencial e promover as suas capacidades, nas várias dimensões contribui para a construção de um futuro promissor na sociedade global.

Caracterizada pela velocidade única de crescimento e desenvolvimento e pela vulnerabilidade, a infância é uma fase do ciclo de vida determinante para o futuro. Dados de 2007 estimaram que nas sociedades desenvolvidas há cerca de 200 milhões de crianças que não atingem o nível de desenvolvimento desejável, havendo um compromisso mundial em promover os cuidados de saúde infantis (*Millenium Development Goals*)¹. Em Portugal, o relatório sobre o Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental revela que as projeções

¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/en/

para 2016 relativas à cobertura de monitorização do estado de saúde das crianças aos 6 anos é de 56% (inferiores a 2009), embora a meta pretendida seja de 75%². Os números revelam a preocupação nacional em priorizar a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil e do esforço que será necessário para atingir o objetivo.

A DGS (2013) relata que a avaliação do desenvolvimento infantil é realizada, sobretudo, de forma informal e que os testes padronizados para avaliação são pouco utilizados. Segundo a mesma fonte, os instrumentos de rastreio estandardizados conseguem detetar cerca de 70 a 90% de alterações do desenvolvimento, em contraste com a avaliação clínica isolada que identifica apenas 30% dos casos.

No meu contexto de trabalho as CSIJ englobam também a avaliação do desenvolvimento embora de forma pouco sistematizada, sem recurso a instrumentos de avaliação e sem a elaboração de registos de enfermagem consistentes com a prática. Depois de vários anos de experiência pediátrica hospitalar, a transição para os Cuidados de Saúde Primários exigiu um esforço acrescido em termos de formação científica e profissional para uma melhor adaptação. Na ausência de um elemento de equipa de referência na equipa, perito na temática, que permitisse a partilha de experiências e conhecimentos, a formação académica foi o caminho desejado para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, numa das principais áreas de interesse e motivação – a avaliação (e a promoção) do desenvolvimento infantil.

1.2 Desenvolvimento Infantil: conceitos, fatores influenciadores e teorias

A infância é uma etapa profundamente desafiante sob todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento, entender o seu processo na totalidade é um desafio ainda maior. As questões relacionadas com o desenvolvimento nem sempre foram pertinentes, altura houve em que a criança era considerada mais pequena e fraca, menos capaz e inteligente e, por isso menosprezada. Atualmente a criança é um bem maior, uma esperança da sociedade e considera-se essencial a sua proteção e a promoção de oportunidades a disponibilizar-lhe.

² Direção-Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa.

A OE refere-se ao desenvolvimento como sendo o “aperfeiçoamento e a especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais” (OE, 2010a p.78) Contudo, o estudo do desenvolvimento da criança implica um olhar científico sobre o modo como a criança muda, no decorrer do tempo, sendo que essa mudança é sistemática e adaptativa, dentro da multidimensionalidade da criança e de tudo o que a rodeia. O modo como cresce e se desenvolve é influenciado por fatores que são, de certo modo, abraçados por todas as teorias, como por exemplo, a hereditariedade biológica, a maturação física e o ambiente externo de um modo lato. Mais especificamente, a família e as suas características (composição, papéis desempenhados e convicções), nível socioeconómico (rendimentos, educação e profissão), etnia e cultura (sentimento de identidade partilhada e modos de vida de um grupo). De referir que nenhum destes fatores (apenas a hereditariedade biológica é definitiva mas em grande parte desconhecida) é estático mas que, provavelmente, sofre alterações no decorrer da infância da criança. Não obstante estes fatores serem globalmente aceites, outras questões são motivo de debate. A hereditariedade ou o ambiente? Qual destes fatores tem maior protagonismo no desenvolvimento infantil? Atualmente, a evidência mostra que numa criança em particular, as características apontam para a mistura entre os dois fatores e o foco de investigação passa, sobretudo, pelo modo como estes se relacionam no impacto que exercem no desenvolvimento.

Outra questão pertinente é sobre o modo como a criança faz as suas aprendizagens, se de um modo passivo ou de um modo ativo? A criança é um ser disposto unicamente a absorver influências ou, pelo contrário, para satisfação das suas necessidades e impulsos procura desenvolver-se? A evidência demonstra que as aprendizagens acontecem muitas vezes em resposta às necessidades sentidas mas que o desenvolvimento desejável não pode ser conseguido em isolamento. Outro ponto polémico tem que ver com o modo como o desenvolvimento ocorre, se num *continuum* ou por estádios mais ou menos definidos? Se o primeiro pressupõe continuidade como uma rampa, o segundo pressupõe um desenvolvimento por etapas, com patamares e degraus como uma escada (Papalia et al, 2001). Brazelton (2013, p.9) é da opinião que “há regressões e, também evoluções” sugerindo um desenvolvimento por etapas, contrariamente ao descrito pela DGS (2013a, p.2) que

refere que “o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções”.

Nos dias de hoje são reconhecidos os contributos das diversas teorias para uma compreensão profunda acerca do desenvolvimento, uma vez que isoladamente nenhuma apresentou uma possibilidade de compreensão total. Todavia, é inevitável referir as teorias clássicas para o estudo do desenvolvimento, de um modo sucinto e sem fazer referência às suas limitações, mas antes aos contributos de cada uma delas. Todas as teorias estão integradas numa determinada perspetiva: psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva, etológica e contextual. A perspetiva psicanalítica defende que o comportamento humano é motivado por forças inconscientes, emoções e instintos e, nesta perspetiva, incluem-se por exemplo, Sigmund Freud e a **Teoria Psicosexual** e Erik Erikson e a **Teoria Psicossocial**. A perspetiva da aprendizagem enfoca o comportamento que se observa e nela se pode incluir a **Teoria da Aprendizagem Social** de Albert Bandura, que defende que se aprende por observação e imitação. Sob a perspetiva cognitiva, valorizam-se os processos do pensamento, sendo Jean Piaget e a **Teoria Cognitiva dos Estádios de Piaget** um exemplo. A perspetiva etológica nasce da crença de que os comportamentos inatos e específicos do ser humano evoluíram no tempo para melhorar as hipóteses de sobrevivência (Papalia et al, 2001). Dois dos seus defensores são Bowlby e Mary Ainsworth como a **Teoria da Vinculação**. Por seu lado, a perspetiva contextual assenta no impacto que o contexto social tem para o desenvolvimento da criança, sendo um exemplo a **Teoria Sociocultural** de Lev Vygostsky que pretende focalizar a importância dos adultos na interação social e na aprendizagem das crianças.

Outra conceptualização que pode dar sentido, pela sua simplicidade e aplicação prática é o modelo de **TouchPoints** ou **Pontos de Referência** de T: Berry Brazelton. O autor define *Touchpoints* como fases previsíveis e breves, caracterizadas por alterações no comportamento e que ocorrem antes de surto de crescimento rápido, em qualquer área do desenvolvimento - motor, cognitivo ou emocional (Brazelton, 1992b, 2013). Estas alterações do comportamento, a par com o esforço do desenvolvimento, podem provocar rutura na dinâmica familiar.

O autor identifica treze *touchpoints* nos primeiros três anos de vida da criança e que se debruçam sobre assuntos que interferem no quotidiano e que são, realmente,

uma preocupação dos pais (Brazelton & Greenspan, 2006). Estas fases de desenvolvimento estão de acordo com a avaliação em idades-chave preconizadas no PNSIJ, surgindo como um “mapa do desenvolvimento infantil que pode ser identificado e antecipado pelos pais e educadores” (*Ibid*, p.120). O modelo reporta para fatores desfavoráveis (alergias, enurese, choro, depressão, anomalias, disciplina, divórcio, manipulação emocional, receios, problemas de alimentação, hábitos, hospitalização, hipersensibilidade e hiperatividade, doença, amigos imaginários, perda e desgosto, mentira, roubo e intrujice, boas maneiras, prematuros, inaceitação na escola, baixa autoestima, separação, rivalidade entre irmãos, problemas de sono, pequeno intervalo de tempo entre os filhos, problemas da fala e da audição, dores abdominais e de cabeça, televisão e falta de controlo das necessidades fisiológicas) e favoráveis (os pais e as mães, os avós, os amigos, as pessoas que cuidam da criança, o pediatra) ao desenvolvimento que devem ser considerados.

O modelo de Brazelton oferece estratégias para fomentar a relação de confiança, de diálogo e de negociação entre os profissionais e os pais. As indicações antecipatórias são “um debate partilhado em que os pais sentem e reagem a novos desafios” (Brazelton & Greenspan, 2006, p.125), capacitando-se para sentirem os comportamentos disruptivos dos seus filhos com positividade, ao invés de questionarem o seu papel de pais e educadores. A família adquire então a capacidade de se reorganizar (Brazelton,1992a). A adaptação das experiências às necessidades de cada criança contribui para que tenha mais capacidade de corresponder às expectativas da família e da sociedade (Brazelton & Greenspan, 2006). Inicialmente desenhado para os Cuidados de Saúde Primários, neste modelo o pediatra destaca a importância dos profissionais especializados em saúde infantil como fonte de apoio e conselho. A oportunidade criada pelas crises de desenvolvimento e a necessidade da família desempenhar o seu ‘melhor’ papel na transição desses momentos pode significar que o EEESCJ se torne o elemento de referência na promoção da parentalidade para o desenvolvimento infantil desejável.

1.3 Filosofias de Cuidados e Teoria de Enfermagem

A missão da **Enfermagem Pediátrica** é a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças e às suas famílias e as filosofias de cuidados subjacentes englobam características da enfermagem contemporânea. Quer isto dizer que é dada atenção às experiências humanas em relação à saúde e à doença, sem uma orientação direcionada ao problema. O conhecimento científico é integrado na evidência e na compreensão que a pessoa tem da situação e, esse conhecimento, aplicado ao processo de enfermagem, possibilita a prestação de cuidados baseada num relacionamento afetuoso com os objetivos da saúde e da cura (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os CCF constituem uma filosofia presente nos cuidados pediátricos, pressupondo a família como uma constante na vida da criança. A diversidade familiar quanto à composição, estrutura, objetivos e sonhos, recursos e estratégias deve ser objeto de análise e, a identificação das necessidades de saúde deve ter em conta cada elemento separadamente. Apesar de se considerar a criança/família como uma unidade, cada membro desempenha o seu papel e pode influenciar diretamente a saúde e os cuidados à criança, independentemente dos contextos. Torna-se, assim, relevante o apoio e o respeito pelos limites e forças da família (*Ibid*, 2014), bem como, a “capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir importância aos seus conhecimentos e experiência” (OE,2010c, p.72). A definição de estratégias no processo de saúde das famílias passa por **capacitá-las** e **empoderá-las**, dois conceitos-chave. Importa reconhecer as necessidades, os limites e as potencialidades de cada membro da família, promovendo as suas competências, quer já adquiridas ou em desenvolvimento, em simultâneo com o controlo da sua vida e da sua saúde (Hockenberry & Barrera,2014)

Os **Cuidados Não Traumáticos** (CNT) constituem outra filosofia presente na Enfermagem Pediátrica e assentam no princípio de que os cuidados terapêuticos, prestados por profissionais de saúde, devem minimizar ou, mesmo, eliminar o desconforto físico e/ou psicológico sentido pela criança, independentemente do local onde são prestados. O seu objetivo major é sobretudo **não causar dano**. São imperativos os pressupostos de prevenir ou minimizar a separação entre a criança e

a sua família, prevenir ou minimizar a dor ou eventuais lesões, resultantes por exemplo, de procedimentos invasivos, e proporcionar a sensação de controlo da criança na situação (Hockenberry & Barrera, 2014). Os CNT devem ser a pedra basilar na escolha das intervenções e a sua aplicabilidade deve estar presente em qualquer fase dos cuidados de saúde (prevenção, tratamento, reabilitação/palição), em qualquer contexto (hospital, centro de saúde, escola, domicílio) e em qualquer dimensão (psicológica, física, social, cultural).

O *Institute for Patient and Family Centered Care* defende quatro conceitos fundamentais nos CCF: **Dignidade e Respeito**, **Partilha de Informação**, **Participação** e, por último **Colaboração**. A **Dignidade** e o **Respeito** implicam a compreensão da família relativamente às suas perceções e escolhas, devendo incluir no plano de cuidados os conhecimentos, valores, crenças e cultura. A **Partilha de Informação** deve ter em conta critérios como a totalidade, a clareza, a objetividade e a pertinência para permitir à família tomar decisões e participar efetivamente nos cuidados. A **Participação** implica o encorajamento e o suporte na ação, de *per si*, e a **Colaboração** preconiza que a família e os profissionais de saúde, em parceria, participem em políticas e programas de saúde, na investigação e nos cuidados de saúde.

A qualidade dos cuidados tem inerente a existência de um quadro de referência que sustente o exercício profissional (OE, 2015). O modelo teórico para delinear o processo de enfermagem, neste trabalho, é a **Teoria das Transições**. Afaf Meleis (2010) contruiu a sua teoria sobre o conceito de transição, que define como a passagem de um estado relativamente estável para outro também relativamente estável, sendo desencadeada por um processo de mudança. Nesta definição, simplista e abrangente, podem englobar-se quase todos os acontecimentos da vida do ser humano, porém sugerem-se quatro tipos de transição: de desenvolvimento, situacional, de saúde-doença e organizacional. Para este projeto, as transições do desenvolvimento e as transições situacionais são de particular interesse. Meleis defende que há um número considerável de transição de papéis aquando do nascimento de um bebé ou durante o seu crescimento e desenvolvimento, como a passagem da infância para a adolescência. Subjacente a esta transição de papéis, está a interação entre os membros da família e os outros, e o papel que assumem perante sociedade. Meleis (2010) considera as transições como um foco central da

disciplina de enfermagem que, sendo fenômenos transversais e multidimensionais, permitem uma intervenção baseada na identificação, compreensão e orientação das pessoas em processos de transição muito amplos.

Benner, relevante no domínio do autoconhecimento, defende um conjunto de características no desempenho profissional passíveis de serem categorizadas em níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A autora defende que as enfermeiras peritas numa determinada área, detentoras de um elevado nível de competência, podem ser principiantes quando confrontadas com uma situação desconhecida ou outra área de intervenção (Brykczunski, 2002). Complementarmente, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2009) realça a importância de manter a atualização de conhecimentos relevantes para a prática clínica e analisar e reconhecer eventuais lacunas na práxis e que revelem a necessidade de mudança de comportamento. Assim sendo, atingir um nível de perito numa nova área de intervenção exige reconhecimento de dificuldades e de lacunas, esforço e treino para aquisição e desenvolvimento de competências, com eficaz gestão dos cuidados e tomada de decisão consciente.

1.4 Enfermeiro Especialista: fatores reguladores

No decorrer dos anos, a profissão de enfermagem tem-se confrontado com a diferenciação de competências, pressupondo uma formação académica e práticas profissionais progressivamente mais complexas e exigentes. O objetivo da profissão é “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2012, p.18), no ser humano, ao longo do ciclo vital, maximizando precocemente o desempenho funcional individual (*Ibid*). O enfermeiro deve compreender a pessoa como um ser único e total, integrada numa família e comunidade (OE, 2009) e, no exercício das suas funções, deve assumir uma conduta profissional de responsabilidade ética, na garantia dos direitos dos cidadãos, e de complementaridade com outros profissionais de saúde (OE; 2012). É numa perspetiva holística que os cuidados de enfermagem fazem sentido, que, pela multidimensionalidade da pessoa, influenciada e influenciadora do ambiente, se torna única e complexa.

Na Declaração dos Direitos da Criança considera-se que “a Humanidade deve à criança o melhor que tem para dar” reconhecendo-lhe direito a uma infância feliz, protegida e que vise o seu desenvolvimento em todas as dimensões do ser humano, promovendo a autonomia, a dignidade e a justiça. Prevê, ainda, que “ a criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade”. O binómio criança/família (ou principais cuidadores) funciona como uma unidade. Os cuidados de enfermagem devem incluir “empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade” (OE, 2010c, p.78) e, a “participação dos pais, mediante um processo de negociação, liderança e decisão” (DR, 2015, p.16661) é uma necessidade, tornando possível às famílias, assumir uma posição proactiva relativamente à sua saúde.

A Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica destaca, como padrão de qualidade, a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do crescimento e desenvolvimento, quer seja na orientação antecipatória para maximização do potencial da criança, quer seja na deteção precoce e no encaminhamento das situações que possam comprometer o desenvolvimento (OE, 2015). Sendo assim, é fulcral a atenção dispensada à avaliação do desenvolvimento e aos instrumentos de trabalho. O Guia Orientador de Boa Prática para Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos preconiza a avaliação do estado de saúde, do crescimento e do desenvolvimento através das consultas de enfermagem, fazendo uso de instrumentos de avaliação de fácil utilização e, simultaneamente, fiáveis e seguros. O rastreio deve incluir todas as crianças, permitindo a identificação precoce de “atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento” (OE, 2010a, p.72) e idealmente aplicado aquando da vigilância de saúde em idades-chave (DGS, 2013). Para além do exame físico e da comunicação com a criança/os pais, ou substitutos, os instrumentos de avaliação permitem uma padronização de critérios na avaliação do desenvolvimento psicomotor, facilitando a uniformização da linguagem e otimizando recursos de saúde, na referenciação para centros especializados devidamente fundamentada.

A destacar ainda é o reconhecimento da profissão, pela sociedade em geral. A justificação da intervenção de enfermagem passa pela capacidade de realização e pela qualidade dos serviços prestados. Cada vez mais as organizações de saúde contemplam a satisfação do cliente como um fator decisivo na qualidade dos serviços

que prestam, a par da sua capacidade científica e tecnológica. Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem ser centrados no cliente, baseados na evidência científica e nos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, com enfoque na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, no respeito pelas diferenças e identidade cultural de cada um, com uma atuação livre de juízos de valor (OE, 2011b).

1.4.1 Domínios e desafios para a Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Fazendo a ponte entre os conceitos teóricos e a prática, evidencia-se a avaliação do desenvolvimento infantil como sendo um dos principais focos de intervenção da profissão, com necessidade de desenvolvimento de competências específicas fundamentadas e regulamentadas pela OE. Os documentos orientadores para a *Boa Prática de Cuidados* fazem referência às linhas orientadoras no que concerne aos conhecimentos teóricos, à definição dos objetivos e, também, aos instrumentos de avaliação a utilizar. A intervenção do EE fará certamente a diferença (mesmo que subtil) pela atuação profissional demonstrativa das filosofias de cuidados. Compreender que a criança, pela sua vulnerabilidade, em permanente crescimento e desenvolvimento e, como tal, atravessando processos de transição, demanda a presença da família para atingir o seu potencial máximo de desenvolvimento (e os cuidados) é essencial para o processo de cuidados.

As intervenções autónomas, pelo seu carácter, proporcionam maior visibilidade à profissão de enfermagem e a avaliação do desenvolvimento infantil é transversal a diferentes contextos clínicos, com especificidades, mas que permite a finalidade de promover a parentalidade a par do desenvolvimento de competências individuais numa ampla gama de experiências.

Os principais desafios prendem-se com o desenvolvimento de técnicas comunicacionais e competências relacionais imprescindíveis no relacionamento com a criança/família, que poderão interferir diretamente na avaliação da mesma e, também, a aprendizagem, consolidação e, por fim, autonomia no uso dos instrumentos de avaliação.

O debate, com as equipas multiprofissionais, em diversos contextos, acerca (1) da pertinência da avaliação do desenvolvimento infantil para a promoção da saúde, (2) da utilização dos instrumentos de avaliação relativamente à sua escolha, dificuldades de utilização e uniformização de registos, (3) dos critérios de referenciação para os centros especializados e abordagem multidisciplinar e (4) da perceção acerca das *Boas Práticas* na avaliação do desenvolvimento, cuidados antecipatórios e real envolvimento da família, é muito desafiador. O que se pretende é, sobretudo, a aquisição e o desenvolvimento de competências a par de uma reflexão construtiva acerca das práticas, o respeito por colegas de profissão e eventual mudança fundamentada de atitudes pessoais.

2. DE CUIDADOS GERAIS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS: UM PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Aubrun & Orofiamma (1990) defendem que competência profissional é um desenvolver de habilidades nas dimensões do saber, saber-ser e saber-fazer. A prática proporciona a operacionalização da teoria e a simbiose entre as duas dimensões é o expoente máximo dos cuidados especializados.

Após o enquadramento teórico importa agora transpor para a escrita o percurso prático de aquisição e desenvolvimento das competências inerentes aos cuidados de enfermagem especializados. Em fase de projeto, fruto do autodiagnóstico de necessidades, foi desenhado um percurso formativo e profissional privilegiando o **domínio das aprendizagens profissionais** (OE, 2010b) e **a promoção da saúde da criança e do jovem, o bem-estar e o autocuidado** (OE, 2011). Contudo, as outras unidades de competência não serão ignoradas, havendo consciência de que só o alcance da totalidade reporta para uma atuação de excelência.

O primeiro contexto de estágio foi num **Centro de Desenvolvimento da Criança** (CDC), uma referência na avaliação do desenvolvimento infantil, diagnóstico, tratamento e reabilitação, concretamente em qualquer doença neurológica aguda e crónica ou nas perturbações do desenvolvimento psicomotor. Numa verdadeira perspetiva e abordagem pluridisciplinar, decorrem as consultas nas várias áreas de intervenção: Enfermagem, Pediatria do Desenvolvimento, Neuropediatria, Psicologia, Terapias Ocupacionais, Nutrição e Pedagogia. Integrado numa unidade hospitalar procura também dirigir a atuação em estreita parceria com a comunidade: Centros de Saúde, Equipas Locais de Intervenção (ELI), Escolas e Associações diversas.

O segundo período de estágio decorreu numa **Unidade de Saúde Familiar** (USF), pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde exerço funções e, geograficamente muito próxima, garantindo características populacionais semelhantes. Na USF, a intervenção foi dirigida sobretudo à Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) e Vacinação, assim como à participação nas reuniões programadas da ELI.

A **Urgência Pediátrica** (UP) foi o terceiro local de estágio, tendo sido selecionado o hospital de referência para a Unidade de Cuidados de Saúde

Personalizados (UCSP) onde desempenho funções. Espelha a diversidade cultural e a densidade populacional da área, tal como a multiplicidade de experiências clínicas. Trouxe novos conhecimentos na utilização do sistema de Triagem de Manchester, sendo enriquecedor na abordagem à criança, ao jovem e suas famílias em situações de maior complexidade.

O quarto contexto de estágio foi numa **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais** (UCIN), integrada num Centro Hospitalar de Lisboa (CHL) e reconhecida não só pela afluência como também pela realização de técnicas inovadoras, de sucesso, na área da Neonatologia. Foram acrescentados conhecimentos científicos gerais em Neonatologia e percebidos os esforços de articulação com os serviços de saúde na comunidade.

Por fim, o último estágio decorreu num serviço de **Internamento de Pediatria** (IP), marcado pela diversidade de especialidades médicas a que dá resposta e dos respetivos cuidados de enfermagem. Fazendo parte do CHL do contexto de estágio anterior permitiu o acompanhamento de recém-nascidos (RN's) entre serviços hospitalares e, por exemplo, observar a complementaridade da Consulta Externa.

Por forma a desenvolver competências comuns de EE foram definidos objetivos e atividades transversais aos diferentes campos de estágio, apresentados em tabela no apêndice II. Por outro lado, numa perspetiva de desenvolvimento de competências de EEESCJ foram traçados objetivos mais dirigidos, em congruência com determinado domínio de competência específica e de acordo com as especificidades do campo de estágio, mas sempre com a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e sua promoção como princípio de formação e atuação. O cronograma de estágio está disponível no apêndice I, e podem ler-se os objetivos e atividades desenvolvidas nos apêndices III, VI, VIII, X, XI.

2.1 Transversalidade nos Contextos Clínicos: Vivências e Aprendizagens

O desempenho diferenciado do EE assenta no seu julgamento clínico e tomada de decisão, numa determinada área de intervenção. A necessidade de conhecimentos científicos específicos e aprofundados é a base para a intervenção especializada, em diversos contextos e aos diferentes níveis de cuidados – primários, secundários e terciários (OE, 2010b). Sob este ponto de vista foram selecionados os campos de estágio e também delineados os objetivos geral e específicos transversais aos contextos clínicos. Para o objetivo geral de **desenvolvimento de competências de EE**, foram definidos os objetivos específicos de **analisar a dinâmica e funcionamento dos diferentes contextos de estágio; fundamentar a prática clínica na mais recente evidência científica e desenvolver competências comunicacionais promotoras de um papel de liderança e assertividade**, para além de outros enfatizados noutra âmbito.

Os contextos profissionais assumem parte das suas características pelo espaço físico envolvente e, pensá-los com cor e animação é dar-lhes também criatividade, sonho e esperança. Em qualquer dos locais pode encontrar ‘histórias’ pintadas na parede e espaços lúdicos com brinquedos e jogos adequados às diferentes idades e fases do desenvolvimento. Também esta componente interessa na receção da criança e dos pais nos serviços de saúde, tornando o ambiente acolhedor, divertido e menos ameaçador. O acolhimento à criança, ao jovem e família nos serviços de saúde é uma preocupação comum em diferentes perspetivas. Phaneuf (2005, p.29) descreve que “os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão o tom à relação. Neste sentido, o acolhimento da pessoa à sua chegada num serviço e nosso primeiro encontro com ela são determinantes.” A apresentação dos espaços e algumas normas de funcionamento, assim como a entrega de manuais ou outra documentação escrita, são um meio para tornar o internamento menos assustador e intimidante.

Se no CDC foi possível observar a EE como elo de ligação e de referência entre membros da equipa de saúde e a população alvo de cuidados, na Neonatologia a enfermeira apresenta-se como enfermeira responsável pelos cuidados àquele RN e família desde o momento do internamento à alta (e mesmo após a alta) sendo possível aos pais reconhecer a quem recorrer. Na USF, a enfermeira adota o papel de enfermeira de família, sendo responsável pelo acompanhamento da família na

globalidade e, na maioria das situações, sendo também o elemento de referência e de ligação para os cuidados de saúde primários. Independentemente dos locais de estágio foi notória a intervenção da EE sempre que há necessidade de articulação com outras equipas de saúde. A comunicação efetiva com associações de doentes, escolas, ou outros recursos da comunidade e, mesmo, entre equipas clínicas passa sempre pela enfermeira como forma de dar continuidade aos cuidados e garantir a satisfação das necessidades dos utentes.

As filosofias da Enfermagem Pediátrica são uma constante nos cuidados especializados. Recordando os *core concepts* do CCF – a **Dignidade** e o **Respeito**, a **Partilha de Informação**, a **Participação** e a **Colaboração** – eles emergiram na prática, com exemplos esclarecedores e vividos nos diferentes contextos clínicos. A dignidade e o respeito podem ficar evidenciados no aconselhamento à diversidade alimentar em famílias manifestamente diferentes, de nacionalidade ucraniana ou indiana por exemplo. É essencial validar quais os alimentos com que estão familiarizados, da existência de restrições alimentares por questões religiosas ou outras, para ajustar a dieta do lactente, o que resulta em indicações diferentes. Outros exemplos, como identificar rituais culturais - rapar o cabelo ao RN/lactente, pintar-lhe os olhos com *'kohl'*, ou o uso de amuletos – importam para uma prestação de cuidados isenta de juízos de valor, de discriminação ou reprovação. Permitem, ao invés, planear atividades dirigidas às particularidades da criança/ família.

Partilhar informações, outro conceito-chave do CCF, permite a participação da família no processo de cuidados de forma responsável. A decisão de uma criança/família com graves alterações dos membros e, conseqüentemente, sérias dificuldades de locomoção, para a escolha de equipamento de deslocação é disso um exemplo. Foram expostas as várias opções disponíveis, os ganhos com cada uma delas mas também apresentadas as dificuldades esperadas. Foi dado espaço para questões e esclarecimento de dúvidas e a decisão foi comunicada já após o meu estágio. Mesmo desconhecendo o resultado, estou certa de que foi ponderada e com consciência dos riscos e benefícios, sempre com a garantia de acompanhamento em qualquer opção. Pertinente também foi a atualização constante do estado clínico do RN para os seus pais, na UCIN. Transmitir notícias reais implica que os pais possam gerir as suas expectativas e esperança. Pareceu-me muito humano e de grande

habilidade comunicacional dizer a um pai que será mais conveniente esperar por cada dia ao invés de planejar o regresso da bebé a casa.

A participação efetiva da família nos cuidados esteve presente em todos os contextos e em situações diversas. Seja convidar os pais a pegar no seu RN, ou até de o amamentar aquando da realização do Teste de Guthrie para conforto ou até amamentação, seja incentivar que participem no banho do RN internado ou solicitar que segurem na criança ao colo para punção periférica venosa ou vacinação, entre outros exemplos, são ações demonstrativas de que a família pode participar. Por seu lado, a colaboração entre todos, a criança/o jovem/a família e os profissionais de saúde é, provavelmente, o ponto com maiores dificuldades, embora veja reconhecido o esforço dos serviços em adequar horários de visitas ou visitantes a situações específicas, ou, por exemplo, em realizar a vacinação concomitantemente com as consultas de vigilância ou ainda na marcação de várias consultas e exames auxiliares de diagnósticos no mesmo dia, evitando que os serviços de saúde ‘controlem’ o quotidiano das famílias.

Encontrar soluções criativas que permitam uma intervenção preventiva e minimizadora do *stress* físico e psicológico da criança faz parte das preocupações do EEESCJ, parecendo-me ser este um ponto diferenciador entre os demais profissionais. Algumas atividades desenvolvidas prendem-se com o uso de objeto de segurança, alusão ao pensamento mágico, às técnicas distrativas, incluindo o humor, e à promoção da sensação de controlo e responsabilidade perante os acontecimentos. Se o lactente fica consolado com o colo, a voz ou a face, o pré-escolar pode encontrar alívio na magia da vacina que o transforma numa criança mais forte e quase super-herói. O pré-adolescente internado por diabetes inaugural, por exemplo, precisa de reconhecer a necessidade da repicagem capilar frequente e de poder optar de entre os alimentos possíveis.

Cada campo de estágio, na sua especificidade, exigiu pesquisa bibliográfica como forma de cimentar a atuação clínica. Se no CDC foi crucial aumentar os conhecimentos sobre doença crónica no geral, *Spina Bífida* no concreto, também foi importante fazê-lo na área da neonatologia, sobretudo sobre as particularidades do recém-nascido pré-termo. De ressaltar que fui encontrando pontos comuns entre os contextos de estágio e que a pesquisa bibliográfica realizada em momentos distintos

trouxe corroboração e continuidade nas diferentes situações. As partilhas de experiências entre a equipa são tão importantes para o crescimento pessoal quanto o trabalho autónomo, que requer esforço acrescido e disciplina. É neste aspeto que se privilegiaram os momentos de discussão e reflexão de casos, reconhecendo a perícia dos colegas nas áreas em que atuam e decidem.

Ter um elevado conhecimento de si próprio e das suas idiossincrasias, na esfera pessoal, relacional e também profissional é fundamental para a evolução do ser humano. Reconhecer pontos fracos, limites e potencialidades é um esforço para a melhoria nas relações que se estabelecem a qualquer nível. O EE deve ter uma intervenção distinta pela forma como comunica, quer como líder de equipa, quer no reconhecimento das diferentes funções multidisciplinares ou nas relações terapêuticas que estabelece. Sacavém, Wezowski & Wezowski (2014) defendem que “o talento e o reconhecimento não são suficientes para sermos bem-sucedidos na vida profissional.” É preciso algo mais: comunicar é igualmente um ponto fulcral da atividade profissional. Mas a comunicação tem uma forte dimensão emocional. Os primeiros segundos de comunicação são determinantes na futura relação que se possa estabelecer. A componente não-verbal (a forma como nos apresentamos, como caminhamos, como olhamos a outra pessoa, o primeiro cumprimento, etc.) ou a linguagem corporal (braços ou pernas cruzadas, mãos abertas, ombros direitos, etc.) durante o discurso verbal influenciam a perceção do interlocutor quanto à “congruência, autenticidade, credibilidade e confiança” (*Ibid*, p.141).

Neste ponto de vista, houve uma tomada de consciência de que a postura, como futura EE, terá necessariamente de ser diferente, e reconhecendo uma certa dose de medo de falar em público, percebi que este seria um aspeto a explorar. Decorrentes do momento, surgiram oportunidades para fazer um esforço no sentido de melhorar as capacidades comunicacionais. A apresentação de um artigo científico inovador, no estágio do CDC, cujo conteúdo fosse, de alguma forma, um ponto comum nos interesses das diferentes áreas que ali intervêm, foi uma proposta bem aceite por todos. A equipa habitualmente reúne todas as semanas com o intuito de apresentar artigos recentes que possam trazer algum contributo científico, colmatando também a dificuldade de cada um se manter ao corrente do que mais recentemente é publicado, por exemplo. Entendi esta atividade como um esforço conjunto para colmatar a necessidade de atualização constante e incentivo entre os membros. A escolha do

artigo teve como critérios, além dos referidos anteriormente, trazer um momento de partilha e descontração que, sem perder o carácter científico pudesse transmitir uma prática multidisciplinar. Após a apresentação, que pode ler-se no apêndice V, a equipa mostrou-se animada em retomar projetos (elaboração de guias de preparação para exames adequados à idade e ao desenvolvimento das crianças) com a colaboração de diferentes áreas - pedagogia, psicologia, enfermagem e medicina. Senti que o meu objetivo foi alcançado nesta intenção de trabalho futuro, em que se elogiaram também a parte artística/lúdica de alguns. Tive, igualmente, um *feedback* muito positivo de alguns profissionais que consideraram a apresentação 'leve e diferente' mas pertinente e com perspetiva de trabalho em campo. Parece-me que ficou realçada, a visão 'única' e de interligação que a EE pode trazer no seio de uma equipa diferenciada e especializada em várias áreas.

Já na USF, no início do estágio e após o diagnóstico de necessidades formativas com a orientadora clínica e enfermeira coordenadora, decidiu-se que era perentória a realização de uma sessão clínica para transmitir e ver reconhecido o trabalho da EE na CSIJ, fomentando a necessidade de ações conjuntas, entre a equipa multidisciplinar e a família. Os objetivos delineados foram **enquadrar teoricamente a organização da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil e a intervenção do enfermeiro, descrever a estrutura e dinâmica da consulta de enfermagem de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil e realçar a eficácia dos cuidados promotores de saúde através de uma abordagem multidisciplinar**, tendo como principais recursos o PNSIJ (2013) e o Guia de Orientação de Boa Prática (OE, 2010a). Foram apresentados os objetivos dos exames de saúde ditados pela Direção Geral de Saúde (DGS), tal como as idades-chave em que devem acontecer, com enfoque, por exemplo, no acolhimento, na avaliação do crescimento e do desenvolvimento e na da relação familiar, bem como nos cuidados antecipatórios para cada consulta e no cumprimento da imunização preconizada. Pretendi dar uma atenção particular ao algoritmo para a avaliação do desenvolvimento infantil e realçar a importância da utilização da escala de Mary Sheridan de forma consistente e sistemática, bem como à intervenção de enfermagem, tanto na normalidade quanto nas alterações ou desvios. Foram sugeridas algumas publicações, a título de exemplo, sobre alimentação saudável, amamentação e prevenção de acidentes que suscitaram o interesse da equipa médica que desconhecia alguns destes recursos. Uma das

dificuldades verbalizadas pela equipa de enfermagem detém-se com o tempo preconizado dentro da instituição para a realização da CSIJ. A sessão foi demonstrativa da importância da consulta e da justificação da necessidade do tempo de consulta aproximado ao recomendado pela OE, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Outra vivência interessante foi a intervenção em televisão que surgiu a partir de um convite entre profissionais da saúde, com reconhecida experiência na área da vacinação. Aceitei o convite de imediato, não só pela inovação proporcionada mas, também, porque é diminuta a participação dos enfermeiros neste tipo de atividades. Não podia deixar passar a momento de transmitir à população em geral que o corpo de enfermagem é provido de conhecimentos científicos, técnicos e tem a sua decisão clínica fundamentada na evidência. A preparação para a entrevista exigiu a revisão de vários artigos científicos, mas também de alguma bibliografia sobre comunicação, embora as questões tenham tido um carácter mais geral³. No final, retenho como um ponto positivo e, claro, também uma história para contar.

Na intenção de procurar a mais recente evidência científica, e tendo reconhecido oportunidades únicas neste percurso formativo, dei particular importância à formação contínua, tendo-me inscrito em congressos, jornadas e encontros, porque são momentos onde a aprendizagem pode ser muito rica. O esforço dos colegas é de, certamente, apresentar estudos científicos recentes, apostas inovadoras e novos recursos, numa visão global (nacional e internacional). A aprendizagem neste contexto é uma ferramenta poderosa, não só pelos conhecimentos transmitidos como também pela partilha de opiniões, que sempre acontece. Impossível seria descrever as comunicações e, ainda assim, não seria fiel à riqueza da experiência *in loco*, todavia há a salientar temas como a avaliação e promoção desenvolvimento infantil, a importância da vacinação, novas formas de adição entre as crianças e jovens, formas de combater a dor (farmacológicas e não farmacológicas) e os testemunhos reais de duas mães cujos filhos são portadores de doença crónica.

Passarei, de imediato, às vivências determinantes das aprendizagens em cada um dos locais de estágio.

³ Disponível em <http://media.rtp.pt/blogs/agoranos/agora-tania/agora-tania-a-importancia-da-vacinacao> 5622

2.2 Vivências e Aprendizagens no Centro de Desenvolvimento da Criança

O CDC tem no seu universo de utentes maioritariamente crianças/jovens e famílias com doença crónica e, como tal, com necessidades especiais na promoção da saúde e do desenvolvimento máximo nos vários domínios. A OMS define doença crónica como uma doença de longa duração e progressão geralmente lenta (WHO, 2014), na sua maioria sem cura, mas com possibilidade de prevenção ou controlo por meio da deteção precoce, terapêutica adequada e estilos de vida saudáveis (WHO, 2005).

Busse, Blümel, Scheller-kreinsen, & Zentner (2010) defendem que a presença de doença crónica implica uma intervenção num prazo longo, coordenada por diferentes profissionais, necessitando de medicamentos, equipamentos e apoios variados. McElfresh & Merck (2014) reconhecem o risco aumentado de alterações no desenvolvimento nas várias dimensões em crianças com necessidades especiais de saúde e, por isso, com maiores exigências quantitativas e qualitativas.

A doença crónica pode afectar qualquer um, em qualquer fase do ciclo vital, contudo na infância pode assumir contornos devastadores. A expectativa e o sonho de um bebé saudável pode inviabilizar uma parentalidade positiva em caso de doença crónica, se não existirem apoios e cuidados de qualidade. A parentalidade, por si só, é já uma transição situacional, que exige adaptações ao nível pessoal e ao nível das relações íntimas do casal e da sociedade envolvente. Para Meleis (2010) a intervenção da enfermeira torna-se vital nos processos de transição para a parentalidade e em situações de saúde-doença, simultaneamente associado à transição do desenvolvimento inerente à idade cronológica.

A enfermeira pode assumir, ela própria, um papel preventivo ou terapêutico, exigindo-se-lhe conhecimentos e experiência que enfatizem a dinâmicas das interações e o desempenho de papéis nela envolvido. Desta forma, parece ideal e justificado que a enfermeira assuma uma posição de elemento de ligação e mediação entre todos (crianças/jovens e família e restantes profissionais) integrando os CCF. No CDC pude ver demonstrada esta dinâmica, tal como referido inicialmente neste capítulo. O desempenho da EE foi uma inspiração para mim como futura EEESCJ. Todas as consultas de um utente são agendadas para o mesmo dia com vantagens em várias vertentes, como o de consumir menos recursos e sofrer menos

constrangimentos profissionais, por exemplo, mas também os profissionais podem, em tempo real, unir esforços e discutir estratégias dirigidas e personalizadas.

Pude observar também que o processo de enfermagem é construído com a família e os objetivos são traçados conjuntamente, evidenciando o compromisso de ambas as partes e uma avaliação posterior com melhores resultados. O caso de um adolescente portador de *Spina* Bífida é um exemplo. Se uma das primeiras etapas era capacitar a mãe para os cuidados relacionados com o esvaziamento vesical, assegurando a compreensão desta necessidade e dos procedimentos exigidos, agora o pretendido é envolver o jovem nesta responsabilidade, num percurso de autocuidado e independência. No verão tinha sido proposto para frequentar um campo de férias com atividades dirigidas à sua condição, promovidas por uma associação. Na consulta, o jovem expressou os sentimentos e os ganhos em saúde que conseguiu. Referiu que sentia receio de ficar sozinho, sem a companhia da mãe mas que o grupo de monitores e 'amigos' o ajudou a tornar-se mais autónomo e seguro das suas capacidades. Na consulta, foi capaz de realizar com pouca ajuda o esvaziamento vesical e foram traçados novos objetivos e discutidas algumas atividades como independência total no procedimento de esvaziamento vesical e vigilância regular das extremidades inferiores, com massagem e adoção de calçado mais apropriado (trazia a pele com alterações).

O jovem e a família participaram ativamente, expuseram as suas dificuldades e foram discutidas opções, com avaliação na próxima consulta. Foi evidente a filosofia dos CCF com o reconhecimento por parte da EE da individualidade e potencialidade da família, desenvolvendo atividades que promovem a confiança nos serviços de saúde (amparando nas dificuldades, elogiando nas conquistas) e fornecendo informações sobre recursos, direitos e deveres de todos os que intervêm no processo, numa real **prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento**. Viera e Lima (2002) defendem que o reajuste da família em situação de doença crónica depende não só da complexidade e gravidade da doença, mas também da fase em que se encontra e dos meios de que dispõe para satisfazer as suas necessidades e recuperar a harmonia. E, assim, em **situação de saúde complexa** houve a **promoção da adaptação da criança/da família** à sua condição particular de doença crónica com incapacidades, adequada ao estágio de doença e desenvolvimento.

As atitudes comunicacionais da equipa são ajustadas ao estágio de desenvolvimento da criança, à situação e também à família, tendo em conta a sua cultura e o grau de literacia, por exemplo. Não com menos importância são ainda abordadas as preocupações da criança, do jovem ou da família relativas aos processos de transição que atravessam.

Uma criança com 12 anos, tímida e, por isso, pouco comunicativa, permaneceu durante metade do tempo de consulta calada, um comportamento mais exacerbado que o habitual. A mãe desabafou e reconheceu a sua pouca capacidade para responder às questões que a menina tem vindo a colocar sobre a sua condição física: “Não sei o que lhe dizer.”. A menina, portadora de *Spina Bífida*, apresenta alterações graves da morfologia dos membros inferiores altamente incapacitantes para a locomoção. Confrontada diretamente sobre o assunto, a menina questiona “Porque é que isto me acontece a mim? Porque é que sou diferente dos outros?”. O resultado do diálogo foi muito animador. O olhar dirigido, a clareza das informações dadas, sem uso a termos técnicos, num discurso ajustado ao seu nível de compreensão, a oportunidade para esclarecer dúvidas e ainda a esperança de que existem outros recursos a utilizar como novos aparelhos, ou até a possibilidade de conhecer outras crianças e outros jovens com as mesmas condições, foram fundamentais. A postura adotada foi de abertura, de carinho e compreensão podendo a enfermeira tornar-se “conhecida num mundo estranho e esta procura do contacto humano transforma-se para a pessoa cuidada em procura de confiança” (Phaneuf, 2005, p.29). Afinal a menina introvertida parecia ter ganho mais alegria quando ‘corria’ pelo corredor a mostrar a sua (ainda) habilidade de se mover sem ajuda técnica: “Olha, olha pra mim! Também consigo correr!”

Numa perspetiva diferente decorrem as consultas de Neonatologia/Follow-up, direcionadas para a promoção da saúde, em geral, e do desenvolvimento, em particular. O contato com as famílias inicia-se ainda no serviço de internamento, na preparação para a alta. A EE responsável pela consulta procura a família, apresenta-se a si e ao serviço (estrutura e funcionamento) fornecendo contatos diretos. No decorrer da consulta realizada, o semblante da mãe foi-se descontraindo à medida que percebia que não iria estar sozinha, em caso de dúvida nos cuidados ao RN, validando a possibilidade de contactar o centro.

Em consultas de seguimento, por diversas vezes, pude realizar a avaliação de desenvolvimento e discutir posteriormente os resultados obtidos. A informação foi partilhada com os pais e as atividades promotoras do desenvolvimento foram, de igual forma, discutidas. Uma mãe verbalizou a sua tristeza e preocupação relativamente às competências da sua filha, uma prematura de 28 semanas, no momento com 4 meses de idade cronológica. “Eu tenho uma amiga e a filha dela já faz ... a minha não consegue...” Foi, neste caso, importante reforçar algumas questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento e prematuridade, desconstruindo ideias de atraso de desenvolvimento não existente.

Uma das atividades desenvolvidas durante o ensino clínico foi a elaboração de uma folha de registo para avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada. A proposta inicial por parte da orientadora clínica foi a de elaborar um documento mais recente, comparativamente ao que é utilizado no CDC, tendo como modelo o existente no PNSIJ, um importante instrumento de trabalho, já que todos os registos de enfermagem são ainda elaborados em suporte de papel. Na minha prática clínica já tinha notado a necessidade de sistematizar a informação relevante num só documento auxiliar, conciso e facilmente acessível. Aproveitei então esta oportunidade e construí uma folha de registo para avaliação do desenvolvimento infantil segundo a escala de *Mary Sheridan*, contendo para cada fase etária e de acordo com os domínios preconizados – Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social – não só os parâmetros a avaliar, como também os sinais de alarme e as atividades promotoras do desenvolvimento. Nesta folha de avaliação constam ainda dois quadros, um que diz respeito ao material necessário para a avaliação e outro que diz respeito aos dados de identificação e processo interno. No decorrer do estágio houve oportunidade para testar e validar a folha de registo, procedendo a pequenos ajustes e o passo seguinte será submeter o documento ao Coordenador do CDC e à Direção hospitalar para aprovação e utilização na instituição.

2.3 Vivências e Aprendizagens numa Unidade de Saúde Familiar

A OMS considera o campo de ação da Enfermagem de Saúde Comunitária a promoção, restauração e conservação de saúde comunitária e, como tal, a intervenção direta passa pela abrangência total da comunidade, pela acessibilidade aos serviços, pela idoneidade e eficácia dos seus profissionais e pela coordenação com as demais instituições inseridas na mesma comunidade e que compõem os recursos disponíveis (Sobreira, 1981). Promover a saúde é “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida rumo a um equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual”, segundo a definição do *American Journal of Health Promotion* (1989) (ARSLVT, 2013, p.14). Aos enfermeiros compete uma intervenção ampla e abrangente, dinâmica na promoção e proteção da saúde, concertando as políticas governamentais e institucionais com as necessidades da comunidade (Sobreira, 1989). No campo de ação dos cuidados pediátricos comunitários, Cowan (2011) argumenta que o foco da intervenção nas necessidades de saúde das crianças condiciona e fomenta a valorização e a adoção de estilos de vida saudáveis no futuro.

A criação das USF 's surge em conformidade com a reforma dos cuidados de saúde primários, no sentido de atingir objetivos como a melhorar a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados, assim como o aumento da satisfação quer de utilizadores quer dos profissionais, assumindo a “responsabilização de prestação de cuidados de saúde gerais, personalizados, com respeito pelos contextos sócio familiares a um grupo de cidadãos”⁴, ao abrigo de legislação própria.

Como forma de prestar cuidados em **resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**, a **promoção do crescimento e desenvolvimento**, é uma unidade de competência específica do EEESCJ. Implica não só as respetivas avaliações, como igualmente a interpretação dos resultados obtidos e discussão com a família no sentido de a congratular pelos comportamentos adequados ou, por outro lado, corrigir os desajustados, identificar fatores de risco e proporcionar conhecimentos sobre atividades promotoras para um potencial máximo de desenvolvimento. A OE (2010a) defende que os enfermeiros são profissionais

⁴ Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/424>, acedido a 30.11.2015.

privilegiados na educação e aconselhamento dos pais. O *Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos* é um valioso instrumento de trabalho, complementar, naquilo que são as diretrizes para a atividade profissional. É ainda recomendada a utilização de um “instrumento de avaliação de desenvolvimento infantil fiável seguro e de fácil aplicação” (OE, 2010a, p. 72), sugerindo-se a Escala de Avaliação de *Mary Sheridan* Modificada por ser um instrumento recomendado pela DGS.

A realização da CSIJ, uma das atividades a que foi dado maior destaque neste estágio, assenta nas diretrizes do PNSIJ (objetivos, idades-chave e conteúdos) em que é indispensável a avaliação da “dinâmica de crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos de desenvolvimento psicossocial” (PNSIJ; 2013, p.12). No entanto, frequentemente, a avaliação de desenvolvimento baseia-se em questões soltas colocadas aos pais ou em observações aleatórias que surgem no momento, sem recurso à sistematização dos parâmetros a avaliar. Sugerir a aquisição de material para uma correta avaliação esperando não ser interpretada como um apontar de falhas de procedimentos, mas antes como um estímulo para melhoria na qualidade dos cuidados. Foi enriquecedor poder discutir valores relacionados com a avaliação, interpretação e promoção do desenvolvimento com a orientadora clínica.

Outra atividade realizada, tal como já referido anteriormente e agora reforçado, foi a elaboração de uma sessão de esclarecimento sobre a estrutura e dinâmica da CSIJ, procurando valorizar e sistematizar os princípios e conteúdos nela contidos. O REPE defende que a atividade profissional possa ser na área da formação, tendo em vista a melhoria e evolução dos cuidados prestados, supervisando e avaliando a formação dos colegas ou estabelecendo critérios de atuação. O envolvimento neste tipo de atividades pretende favorecer também o domínio das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o autoconhecimento com a pesquisa bibliográfica e respetiva seleção de fontes de informação e também a assertividade e as habilidades de comunicação, na articulação com outros membros da equipa multiprofissional.

Outra unidade de competência implica o desenvolvimento da **competências comunicacionais** e os **cuidados culturalmente competentes**, com a necessidade de conhecimento prévio sobre técnicas de comunicação adequadas quer ao estágio

desenvolvimento da criança e temperamento, quer às características da família, como o grau de literacia em saúde e a cultura. A consulta realizada a uma criança de 3 anos, com diagnóstico recente de hiperatividade, acompanhada da sua mãe (família monoparental) e habitualmente aos cuidados da mesma, de nacionalidade ucraniana, pouco tem em comum, em termos comunicacionais, com a consulta realizada também a uma criança de 3 anos, com um temperamento muito calmo, integrada em equipamento escolar, proveniente de uma família alargada, de nacionalidade cabo-verdiana.

Cuidados de saúde transculturais são uma competência a desenvolver, devidamente regulada na profissão de enfermagem. Desenvolver estas competências implica tomar consciência de outras formas de viver, num sentido amplo, e prestar cuidados de saúde congruentes com as referências do outro. É importante fazer um esforço e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados indo ao encontro das crenças, dos valores e das expectativas daquele que é diferente em termos culturais. Purnell propõe um modelo que fornece “uma estrutura para que todos os profissionais de saúde aprendam conceitos e as características da cultura” (2010, p.21) porque “todos os profissionais de saúde (...) necessitam de informação culturalmente específica” (*Ibid*, p.1) e daí a sua pertinência nesta problemática.

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento as transições que ocorrem são numerosas, e cada mudança que delas decorre engloba todos os que fazem parte do seu quotidiano e não apenas a própria pessoa (Meleis, 2010). **Maximizar a saúde, na assistência à criança e ao jovem com a família** é uma competência que envolve a **promoção da parentalidade**. O nascimento de um filho para um casal significa também a aquisição de novos papéis (até perante a sociedade) e o enfermeiro deve intervir, ajudando a família a mobilizar os seus recursos, numa atitude informativa, preventiva ou terapêutica.

Os exemplos práticos podem, talvez, ilustrar a dificuldade de integrar os conhecimentos na realidade. Eis uma situação demonstrativa: uma família nuclear recebe recentemente dois recém-nascidos, muito desejados, gémeos, fruto de uma gravidez por inseminação artificial. Na primeira consulta de vigilância de enfermagem, altura em que se preconiza o Teste de Guthrie, os temas abordados ultrapassam em muito o teste de rastreio. Outros temas são abordados, como os sentimentos

presentes em cada um dos pais, as expectativas perante os sonhos e a respetiva realidade. Surgem confissões de ambas as partes relativamente ao cansaço e à gestão do dia-a-dia, à dificuldade em gerir as visitas e os conselhos/diretrizes dos familiares mais chegados.

A mãe verbalizou como sente dificuldade no processo de amamentar, não só pelo desconforto e cansaço como também por amamentar gémeos, que dificultam os horários, as posições e a autonomia. Realço como a abertura para a abordagem de tópicos menos evidentes e, por vezes, desconfortáveis, com uma atitude de sinceridade, respeito e isenta de juízos de valor, promove a relação de confiança entre os profissionais e os utentes. Poder transmitir que os sentimentos que vivem nesta fase da vida não são sempre felizes, ou isentos de preocupações, é uma forma também de lhes conferir normalidade à sua vivência, com pontos em comum com outros casais, em circunstâncias semelhantes. Conduzir a consulta para que reconheçam as suas fragilidades, potencialidades e pontos fortes foi o caminho encontrado para que dentro da sua individualidade, encontrem os recursos necessários e as estratégias para assumir o novo papel de pais. Transmitir informações sobre o que é esperado dos pais nas próximas semanas, em termos de vigilância em saúde, é conferir-lhes o controlo da situação reconhecendo as suas capacidades. Outro foco importante é reforçar positivamente os comportamentos adequados ou até, quiçá, enaltecer as características dos bebés. Por esta altura, o bebé é o centro de tudo e, como que uma extensão dos próprios pais, pelo que reconhecer as suas qualidades (duplamente e individualmente, neste caso) é uma estratégia para estabelecer laços de confiança e até de carinho, aquando dos cuidados de saúde.

Outro exemplo a referir foi o decorrido na consulta de vigilância de um menino de 4 anos de idade. No momento da consulta, o menino aguarda a chegada de um novo irmãozinho dentro de aproximadamente um mês, fruto de um novo relacionamento da mãe. A mãe foi quem o acompanhou à consulta mas o pai encontrava-se na sala de espera. A criança foi a primeira a verbalizar que o pai estava lá fora, seguindo-se um momento de silêncio. A mãe irrompeu o silêncio, acrescentando que estavam separados. O momento foi, de certo modo, constrangedor porque parecia ser da vontade do menino estar na presença do pai e exatamente o oposto por parte da mãe. A atitude escolhida foi a de fazer prevalecer a

vontade do menino. Com clareza, foi dito à mãe que não podendo repetir a consulta na totalidade (até porque seria desprovido de sentido) haveria disponibilidade para alguns minutos a fim de apresentar as 'conclusões' do que fora avaliado, ao pai e à mãe, porque ainda que separados são os privilegiados para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança. A mãe acedeu e a criança correu a chamar o pai e o seu sorriso encheu a sala de Saúde Infantil.

Por vezes, as emoções interferem na objetividade e, sem desrespeito pelos sentimentos da mãe, foi possível referir que a criança deve estar sempre protegida e que, desde o seu nascimento, houve um compromisso de parte a parte para que o desenvolvimento global da criança atingisse o seu potencial máximo. Demonstrar as capacidades da criança e apresentar algumas atividades promotoras de desenvolvimento, permite aos pais participar neste processo contínuo e, ainda que em tempos diferentes, continuar presentes. Outras questões foram brevemente abordadas como o papel da criança na família, após o nascimento do seu irmão. A criança pode já sofrer e virem a ser perpetuados sentimentos de rivalidade fraterna. Wilson (2015, p.602) defende que o termo se refere “ao ciúme e ressentimento naturais, por parte da criança, em relação a um novo bebé mas pode também estar associado a alguém novo que chegue à família” como é o caso das famílias reconstituídas.

Alguns dos períodos de estágio foram dedicados à presença e observação na reunião da ELI, integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI foi criado pelo Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro, baseado nos princípios defendidos na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006 -2009. Trata-se de um programa interministerial com a participação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Saúde, na tentativa de integrar as crianças na comunidade, com a participação ativa das mesmas e das suas famílias ou cuidadores em todo o processo.

O Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009, p.7298) define a Intervenção Precoce na Infância (IPI) como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família” no âmbito da prevenção, da reabilitação, da educação, da saúde e da ação social, podendo ser incluídas as crianças até aos 6 anos “com alterações nas funções

ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”. Não obstante, é possível compreender com maior profundidade os critérios de elegibilidade⁵, verificar e aceitar/rejeitar casos propostos por outros profissionais.

Guralnick (2011) refere que “um enquadramento conceptual coerente pode reduzir significativamente a discrepância entre o que sabemos e o que fazemos na área da Intervenção Precoce na Infância”⁶. Como resposta a este pressuposto, o IV Encontro de Intervenção Precoce na Infância surge com o propósito de apresentar um projeto: a construção de um Guia de Práticas Recomendadas para os profissionais e familiares envolvidos na Intervenção Precoce na Infância. Construído a partir das experiências das ELI’s, das famílias e da revisão científica atual, o guia recomenda um **modelo transdisciplinar**, a fim de existir uma interseção clara entre profissionais e famílias, construindo relações de confiança e transferência de saberes em prol da criança, que é central nos cuidados, sem esquecer a diversidade cultural.

O papel da equipa de enfermagem é sobretudo o de interlocutor para a unidade de saúde, verificando o acompanhamento da criança em consulta de vigilância, cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, transmissão de outras informações de saúde relevantes e intervindo ativamente sempre que necessário. No sentido de uma união de esforços para a promoção do desenvolvimento infantil, propus que houvesse *feedback* também por parte da ELI à equipa de saúde, o que foi aceite.

2.4 Vivências e Aprendizagens numa Urgência Pediátrica

Procurar o serviço de urgência significa, antes de mais, a necessidade emergente ou urgente de solucionar um problema de saúde, contudo as situações mais frequentes não inferem perigo para a vida. Estão sobretudo relacionadas com as doenças comuns da infância ou traumatismos ligeiros. Entende-se que a recorrência

⁵ <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

⁶ <http://im2.anip.net/>

aos serviços de urgência hospitalar de forma indiscriminada está relacionada com a acessibilidade fácil, respostas imediatas e disponibilidade de serviços diferenciados e de especialidade, assim como de meios auxiliares de diagnóstico. Melo (1999) aponta vários fatores para a utilização dos serviços de saúde e categoriza-os de acordo com as condições geográficas, socioeconómicas, socioculturais, demográficas e questões psicológicas. Diz ainda que a forma como são utilizados os serviços de saúde reflete a percepção da pessoa relativamente ao seu estado de saúde e doença, existindo uma 'procura desmesurada' dos serviços de saúde especializados.

Noutro prisma, a resposta dos cuidados de saúde primários é ainda insuficiente, mantendo-se atual a dificuldade em conseguir consulta médica atempadamente. Desta forma, parece-me que este tipo de recurso de saúde não é reconhecido pela população como seria o idealizado. Por isso, a intervenção do EE no serviço de urgência prende-se não só com o **cuidar em situações de especial complexidade**, como nos casos de instabilidade ou até risco de vida, mas também com a **assistência na maximização da saúde da criança/do jovem e família**. Ter capacidade para supor, precocemente, um **diagnóstico e intervir nas doenças comuns** exige que o EE **demonstre conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades**, que **encaminhe adequadamente o cliente para outros profissionais** e que **facilite a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança**.

A triagem foi, talvez, o sector com maior destaque neste estágio e onde se pode evidenciar esta competência e os respetivos critérios de avaliação. Apesar de auxiliados pelo algoritmo do programa informático e pela formação em triagem de Manchester, ainda assim, a tomada de decisão clínica, fundamenta-se nos conhecimentos que o enfermeiro detém sobre as situações clínicas que, por vezes, levam a que as indicações padronizadas no sistema informático sejam transcendidas. O caso de um lactente é exemplificativo: febril apenas com algumas horas de evolução e sem outra sintomatologia associada, apresentava, à observação, um estado geral que despoletou outro nível de alerta. Muito embora, sem critérios para alta prioridade de atendimento, por decisão da enfermeira, foi colocado com prioridade de nível dois (laranja). Em discussão com a orientadora clínica, a decisão foi unânime: algo no estado geral da criança justificava uma maior atenção. Trazendo à luz as considerações de Benner (2001), pode afirmar-se que as enfermeiras experientes podem reconhecer mudanças fisiológicas subtis, ou mesmo sinais de choque antes

de serem notadas alterações nos parâmetros vitais. A interpretação da situação depende da experiência profissional e do contexto, mas também da partilha e comparação de percepções entre colegas. O internamento da criança, por infeção respiratória, justificou a decisão clínica inicial.

A Triage de Manchester foi originalmente ‘desenhada’ para os adultos, sem incluir as especificidades inerentes à idade pediátrica, pelo que é exigida aos enfermeiros maior sensibilidade. As crianças mais jovens têm maior dificuldade em descrever fenómenos físicos e sensações e a família apresenta muitas vezes dificuldade no discernimento rápido e fluidez do discurso, dificultando o acesso à informação mais pertinente, sendo as questões emocionais perante a doença de um filho um fator importante a considerar.

Diogo (2012, p.54) faz referência a um estudo de Roden (2005) onde se procura “compreender as expectativas dos pais e dos enfermeiros relativamente à participação parental nos cuidados de contexto hospitalar” e que revela que “a comunicação entre os pais e enfermeiros era influenciada por vários factores, entre os quais as emoções dos pais face à doença do seu filho que conduziam a uma experiência de *stress* emocional”. A intervenção do EE pode, efetivamente, significar a diferença. Sendo o primeiro contacto com o serviço de saúde, o EE tem não só a responsabilidade de priorizar e encaminhar corretamente as situações clínicas, como também a de esclarecer o cliente pediátrico sobre o funcionamento do serviço desmistificar medos e anseios, tranquilizá-lo e manter a segurança nos cuidados.

Uma avó que irrompeu aos gritos chorosos pela sala de espera e, de seguida, pela sala de triagem, trazia pela mão um menino de 7 anos que tinha sofrido um acidente na escola com embate na região frontal e com uma ferida inciso-contusa de pequenas dimensões Apesar da situação a criança não chorava, tinha antes um olhar atento, parecendo atemorizado e espantado. Foi preciso tranquilizar a avó, fazendo com que orientasse o olhar para o seu neto, falasse com ele e ouvisse, pelas suas palavras que estava bem. Ainda assim, foi importante explicar que iria ser atendido tão brevemente quanto possível, referir o circuito necessário dentro do serviço e transmitir alguns sinais de alerta imediatos. A avó saiu da sala com o olhar fixo no menino mas mais calma e segura nos cuidados que se iriam seguir.

As habilidades comunicacionais, adequadas à individualidade da criança/família são um ponto fundamental e que pode significar a diferença na qualidade dos cuidados. Phaneuf (2005, p.12) defende que a comunicação é um dos fatores mais importantes da humanização dos cuidados, fazendo referência a Peplau e aos princípios que esta defende, como “a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, que favorecem na pessoa cuidada a evolução e a capacidade de tomada a cargo da sua saúde” ou, também, que “a atitude da enfermeira exerce uma influência importante nas suas relações com a pessoa cuidada”. Neste sentido, importa enaltecer a comunicação com a criança/o jovem e família, utilizando **técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento**, assim como **culturalmente sensíveis** (OE, 2010c). A comunicação não deve ser encarada apenas como um conjunto de estratégias/técnicas para definir gestos e atitudes, mas ser provida de sentido e valor, denotando a qualidade da presença, o respeito e a autenticidade da enfermeira (Phaneuf, 2005). É através da postura, dos gestos e atitudes, do tom de voz ou do silêncio, do toque ou apenas da expressão facial que se constrói não só a comunicação, mas também uma relação de cuidados.

Uma criança de 1 ano de idade entrou na triagem sempre com uma atitude permanentemente negativa e de birra perante qualquer pedido que se lhe fizesse. Dizer olá, mostrar a mão, tirar ou vestir o casaco... O negativismo é uma das características mais marcantes nesta faixa etária, na procura da sua autonomia e de expressar as suas vontades, de forma muito intensa e flutuante. “Muitos pais consideram o negativismo exasperante e, em vez de lidar construtivamente com ele, cedem, o que ameaça a procura, pela criança, de métodos apropriados para interagir com os outros” (Wilson, 2014, p.590)

A atitude adotada da parte da enfermeira foi a de, assertivamente, fazer prevalecer os procedimentos necessários de segurança como colocar a pulseira de identificação, falando de modo claro, sucinto e calmo. A menina acatou as decisões, embora mantendo a ‘cara feia’. Wilson (2014, p.508) argumenta que a “apesar dos pais poderem estar preocupados com a imposição da disciplina durante a infância, é importante frisar que quanto mais cedo forem empregados métodos eficazes de disciplina, mais fácil é dar continuidade a essas abordagens”. Brazelton (1992, 2013) defende que as crianças procuram limites para o seu comportamento, sentem que precisam de disciplina e isso fá-las adotar atitudes provocadoras e disruptivas como

forma de obrigar os pais a impor os limites. Aos adultos, por seu lado, compete-lhes ensinar, com amor e com firmeza o que é ou não aceitável, para que mais tarde, a criança consiga, ela própria, impor limites a si mesma.

Uma comunicação eficaz promove a relação entre o enfermeiro e a díade de cuidados sendo, ela própria, indissociável das emoções e a base dos cuidados (Diogo, 2012). Meleis (2010) considera a comunicação um processo comportamental, o mecanismo que confere significado e a chave nas intervenções de enfermagem. Lopes (*in* Diogo, 2012,) refere que uma das dimensões presentes nos cuidados de enfermagem pediátricos é “a capacidade de trabalhar com as emoções das crianças ou se quiserem entrar no seu mundo fantástico (e quantas vezes fantasmático)” para ajudar a criança a compreender e integrar no seu processo de desenvolvimento acontecimentos que não consegue explicar. Numa revisão sistemática da literatura sobre os resultados terapêuticos de algumas práticas de enfermagem na dimensão emocional em contexto de internamento, foi demonstrado que as atividades de brincar, distração e humor, atividades com música, a par da presença ou a transmissão de informação são exemplos de intervenções que diminuem o medo, a ansiedade e aliviam o sofrimento (Diogo, 2012).

O atendimento de um adolescente na altura de administração de uma medicação intramuscular pode demonstrar que conferir-lhe responsabilidade foi também uma atitude eficaz. Inicialmente foi-lhe perguntado se preferia ficar sem a sua mãe durante o tratamento. Respondeu negativamente, reconhecendo o seu estado de nervosismo e dizendo que se sentiria mais seguro. Foram colocadas questões sobre os seus conhecimentos face à sua situação clínica e reforçada a necessidade de tratamento, tal como referidos os procedimentos necessários. “Vai doer?” Foi a principal questão. Pedi-lhe que planeasse mentalmente as melhores férias de Natal e, mesmo nervoso, foi totalmente colaborante, transmitindo ainda que a dor imaginada era superior à real. Já numa outra situação, uma criança em idade escolar foi puncionada perifericamente, tendo apresentado um comportamento exemplar durante o procedimento doloroso. Logo após a picada, começou a gritar descontroladamente. Foram precisos alguns instantes para perceber que, no momento em que olhou para a mãe, procurando conforto mas também ser congratulada pelo seu comportamento, não se apercebeu que a agulha tinha sido retirada. Foi preciso explicar novamente o ‘mecanismo’ da soroterapia e, incrivelmente, a sua colaboração voltou.

Entende-se assim que existe uma influência recíproca entre competências, ou seja, fazer a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem** otimizando as respostas e recorrendo também a medidas não farmacológicas implica, necessariamente, uma **comunicação de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura**, o que exige **conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil** (OE, 2010c).

Nesta linha de pensamento, e após indagar sobre as atividades recentemente realizadas pela equipa sobre a temática do desenvolvimento infantil, surgiu o planeamento de uma das atividades: **elaborar um questionário** que permitisse perceber a perceção da equipa face à temática da avaliação do desenvolvimento infantil e a sua repercussão (ou não) na qualidade dos cuidados. A minha expectativa inicial era de ver reconhecida a importância da avaliação do desenvolvimento para uma intervenção personalizada, criativa e assente nos estádios de desenvolvimento de cada criança.

Uma percentagem significativa (88.89%) da população de enfermeiros inquirida reconheceu a importância dos estádios de desenvolvimento, do temperamento e das características individuais (criança/família) para a adequação aos cuidados de enfermagem na urgência, contudo a maioria dos enfermeiros considerou que os conhecimentos que detêm são suficientes e adequados para a sua prática clínica. Pode avaliar-se também que a sua formação, sobre desenvolvimento infantil, decorre sobretudo do curso de licenciatura em Enfermagem. Outra elação retirada foi que os enfermeiros reconhecem que a avaliação do desenvolvimento em contexto de SO e UCIntermédios, através de um instrumento preconizado, é uma atividade muito útil ou útil com repercussão na adequação dos cuidados, contudo sabe-se que a escala disponível não é frequentemente usada. A pouca representatividade das respostas de descrição parece denotar a dificuldade dos enfermeiros em justificar, por escrito, as suas decisões.

Otimizar a resposta da equipa de enfermagem (OE, 2010b) foi o objetivo impulsionador da atividade, porém é imprescindível respeitar os resultados obtidos, decidindo-se assim não prosseguir para qualquer outra atividade relacionada com a formação de pares. É para mim importante reconhecer, também pela experiência profissional em urgência pediátrica, que o serviço de urgência tem uma dinâmica

própria e é dada uma elevada importância às tarefas. Os estágios, por sua vez, permitem prestar uma atenção diferente aos 'pormenores' dos cuidados de enfermagem. Hesbeen (2000) corrobora esta ideia e justifica que a subtileza do olhar pormenorizado dirigido ao outro, com atenção, doçura e calor é inerente aos cuidados de enfermagem.

Não menos importante e, porque a missão do EE (OE, 2015) implica também proporcionar educação para a saúde, em qualquer contexto em que a criança se encontre, dentro da filosofia dos CCF, também na urgência pediátrica é possível **facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem** (OE;2010c). Quer na triagem, quer na sala de tratamento ou unidades (Serviço de Observação e Cuidados Intermédios), é possível capacitar a família para os cuidados de saúde como, por exemplo, na transmissão dos cuidados relativamente à febre, na identificação de sinais de alarme e medidas de conforto em casos de dificuldade respiratória, nas medidas de segurança de transporte em recém-nascidos, e numa diversidade de situações diárias.

2.5 Vivências e Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A Neonatologia, como disciplina, é ainda muito jovem. Em meados do século XIX as crianças eram ignoradas pelos médicos e em especial, aqueles que nasciam antes de tempo, eram ignoradas pelos médicos. Acreditava-se que a natureza faria o seu papel selecionador e em geral os 'fracotes' chegariam ao êxito letal (Rodrigues & Oliveira, 2004). A disciplina surge com Pierre Budin (1846-1907), o pai da Neonatologia moderna que se preocupou com os cuidados aos recém-nascidos para além do momento do parto e que instituiu a maioria dos princípios básicos nesta área. A Europa atravessava uma época de diminuição da taxa de natalidade concomitantemente com elevadas taxas de mortalidade no período neonatal e, perante uma preocupação global de despovoamento e de vulnerabilidade da defesa nacional, o investimento nos cuidados pré-natais e perinatais tornou-se mais significativo (*Ibid*). Após a II Guerra Mundial os rápidos avanços tecnológicos permitiram também a evolução da disciplina de Neonatologia, com o investimento de pediatras e patologistas (Ferraz & Guimarães, s.d.).

Apesar dos anos de prática clínica vividos numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, a UCIN é, para mim, um mundo novo. Reconheço que a panóplia de instrumentos não é tão intimidante como se não tivesse esse *background* mas, ainda assim, relembro algumas particularidades: o barulho permanente dos ventiladores, das incubadoras, dos profissionais em constante movimento sem discernir noite ou dia nas suas atividades, por exemplo. Os espaços apertados entre cada incubadora conferem pouca privacidade mas facilitam a interação entre pais.

A UCIN tem disponível um 'sistema de videovigilância/acompanhamento' que permitirá aos pais acompanhar os seus RN's ao longo do dia, mesmo que não presencialmente, acreditando-se que é uma forma de promover o processo vincutivo. E porque em neonatologia todos os dias vividos são um sucesso, comemoram-se meses com cartões de parabéns, assinalando-se esta prática como uma das iniciativas da equipa de enfermagem na promoção da vinculação.

Como já referi, o primeiro contato é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança entre a enfermeira e a família. Tive oportunidade de receber uma prematura de 24 semanas, assim como o seu pai. Na UCIN existe uma verdadeira preocupação com o tempo que decorre desde o nascimento até ao momento em que os seus pais veem, pela primeira vez, o seu bebé. Minutos de espera assemelham-se a horas e, na situação inesperada e com necessidade de cuidados urgentes, a ansiedade dos pais não pode ser subestimada. Porque a evidência nos diz que pouco do que é dito é de facto apreendido, o acolhimento inicial contém poucas informações e conta com suporte de papel para consulta posterior.

A parentalidade, vivenciada pelo pai, segundo Turril, & Crathen (2010), é um fenómeno complexo, multidimensional, desestabilizador, desconcertante e perturbador. Habitualmente é dada primazia à mãe, mas o pai também experiencia sentimentos de isolamento, medo e *stress* e sente-se confuso no seu papel como pai, em especial numa UCIN. O ambiente hospitalar e das UCIN particularmente, seja referente a maquinaria, fios e alarmes ou referente aos profissionais atarefados, pode dar aos pais a sensação da sua presença ser apenas tolerada ao invés de participativa nos cuidados ao seu RN vulnerável e fisicamente distante. Os pais necessitam que lhe seja explicada, em linguagem clara, personalizada e sensível, as funções e questões de segurança dos aparelhos (Askin & Wilson, 2014). Pode ganhar-se assim

um ponto de partida para a participação nos cuidados ao RN quando possível e desejado.

O pai da RN de 24 semanas contou que, já por várias vezes, tinham tentado serem pais, tendo as gravidezes anteriores culminado em abortos espontâneos. “Mas desta vez, a menina nasceu!”, dizia com um sorriso enorme, parecendo desconhecer por completo os riscos que um nascimento prematuro de apenas 24 semanas acarreta. O pai da bebé como se sentiria? Perante a barreira física da incubadora, apenas conseguia meter as mãos nos bolsos, parecendo temeroso em tocar em algo.

Espera-se do pai que seja o suporte da mãe e, simultaneamente que seja ‘forte’ e que suprima os seus sentimentos mais negativos ou emocionais. A atuação diferenciadora da EE pode passar pela perceção desta realidade e incentivar o pai a falar sobre as suas experiências de vida e sentimentos, apresentar-lhe os outros pais em situações similares contribuindo para a elaboração de estratégias de *coping*. (Turrill & Crathern, 2010). A comunicação deve basear-se na honestidade e confiança, com abertura para repetir as explicações de forma consistente para que compreendam o máximo possível da situação clínica do seu bebé.

Uma das características positivas no desempenho comunicacional da equipa de enfermagem é a congruência nas informações transmitidas sem mensagens contraditórias ou com utilização de termos técnicos, sendo que a enfermeira responsável deve assumir o papel de interlocutora preferencial e, no ideal, junto com o médico assistente.

Apesar de contextos muito distintos, esta aprendizagem fez-me reconhecer que também ao nível dos cuidados de saúde primários estas estratégias poderiam ser adotadas e a transmissão de informações, exemplificando, deveriam ser feitas em equipa.

A RN sofreu uma hemorragia intraventricular grave, uma das complicações mais frequentes na prematuridade, sobretudo em crianças nascidas com menos de 32 semanas de gestação e com Extremo Baixo Peso ao Nascer. Perante um prognóstico desanimador é expectável que os pais sintam alguma resistência no relacionamento com o seu filho, existindo a possibilidade de anteciparem o momento da morte, ainda que com esperança de um desfecho contrário (Askin & Wilson, 2014). Numa das

comunicações a que assisti⁷ referiu-se que dar más notícias em pediatria é uma “imagem” que ameaça a vida e que, embora se possa ter algumas linhas orientadoras, não existe uma maneira certa de o fazer. Importante, sem dúvida, é a capacidade cognitiva, os conhecimentos e a situação emocional daquele que recebe a mensagem mas também as características do emissor. Da mesma forma que é imprescindível dar a conhecer a informação no seu todo é necessário igualmente promover a esperança. O futuro é incerto e os recém-nascidos, muitas vezes, surpreendem e enganam as estatísticas⁸ e a esperança é, não só necessária, como a sua promoção tem vindo a assumir maior importância nos cuidados de enfermagem (OE, 2011b). Os EEESCJ devem ter presentes os elementos caracterizadores da esperança: o dinamismo, a multidimensionalidade e a individualidade, e compreender que é central à vida, orientada para o futuro e para a ajuda e para os cuidados externos, com poder de capacitar a família para uma melhor adaptação e qualidade de vida. (*Ibid.*).

Outro desafio foram os cuidados prestados a uma criança, pré-termo de 35 semanas, com Síndrome de Abstinência Neonatal. Cada RN é capaz de comunicar. Através do seu comportamento e respostas físicas é possível perceber aquele RN em particular, as suas competências, vulnerabilidades e limites⁹ (Askin & Wilson, 2014). A observação sistematizada deve realizar-se em momentos distintos como durante o sono/vigília ou durante os procedimentos tornando-se um instrumento útil para planear os cuidados, flexíveis e ajustados em cada momento (*Ibid.*). É crucial para a intervenção de enfermagem o conhecimento dos padrões normais mas também do padrão individual do comportamento do RN. Foi necessário, neste caso particular, avaliar a gravidade dos sintomas da abstinência, tendo em conta a sintomatologia apresentada. A classificação das respostas obtidas às intervenções clínicas e farmacológicas, segundo a escala utilizada orienta para novas decisões, conferindo à avaliação do comportamento um fator decisivo fundamental. Os cuidados de enfermagem são responsáveis por alterações farmacológicas ou altas precoces, como exemplo, devendo ser dirigidos e criteriosos. “Os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano vivido pelos seus pequenos recém-

⁷ “Como dar más notícias”, Curso Satélite “Comunicação Clínica” do Hospital Cuf Descobertas.

⁸ “Prematuridade”, 7ª Reunião Pediátrica “O sim e o não em Pediatria”, do Hospital Cuf Descobertas

⁹ Teoria Sinativa do Desenvolvimento da Criança

nascidos” (Askin & Wilson, 2014, p.352), fazendo parte dos cuidados decisões como realizar a higiene ao final da tarde, fazer contenção mesmo durante a pesagem, embalar para conseguir um adormecer mais tranquilo, despertar tranquilamente antes dos procedimentos ou permitir um sono calmo protelando algumas atividades. O EEESCJ não só reconhece que estas atitudes podem influir na recuperação do RN de alto risco, como vai mais além, entendendo que o “como”, o “quando” e o “durante quanto tempo”, produzem grande impacto no desenvolvimento das crianças.

Desenvolver **competências profissionais que vão ao encontro das necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento dos RN's** (OE; 2010c) subentende que o EE promova a vinculação e o processo de transição para a parentalidade. Capacitar os pais para cuidar do seu bebê, em especial quando existe maior vulnerabilidade e maior risco, implica partilhar o conhecimento que se vem adquirindo sobre a criança, identificar momentos que privilegiem os cuidados e convidar a ‘sentir’ o seu filho. Meleis (2010) argumenta que o processo de transição para a maternidade de mães com bebês de alto risco, com internados na UCIN é mais difícil, pautado por sentimentos de desapontamento, de culpa e de vergonha, até de medo acerca da sobrevivência ou morbidades no futuro. Surgem sentimentos ambivalentes, por um lado, de felicidade com o bebê, por outro lado, de pesar face à experiência do nascimento em si. Forçada a uma maternidade precoce a mulher vê-se impedida de cumprir com o seu papel, forçada a delegar os cuidados noutros. A EE certamente terá a sensibilidade necessária para compreender o processo e encontrar oportunidade de atuação, com criatividade, conjugando a segurança e a integração dos pais nos cuidados, desmitificando muitas vezes a perceção que têm sobre todo o contexto e situação.

Os cuidados na UCIN não terminam com o internamento. O momento de transitar para a sala de pré-saída é muito relevante, um ponto de viragem significativo para a adoção de comportamentos positivos na ligação entre pais e filho. Os pais são incentivados a assumir um papel proactivo no planeamento da alta, com a garantia de uma rede de apoio composta não só pelos profissionais que acompanharam o bebê e família desde o seu nascimento como também pelos profissionais na comunidade.

Devo admitir que os meus conhecimentos científicos necessitavam de aprofundamento e muito me valeu a pesquisa e leitura para cuidar efetivamente.

Mesmo a experiência de vários anos não me impedia de sentir sobressalto com o manuseio da incubadora e com receio de que a minha delicadeza de movimentos não fosse suficiente e provocasse dano. As características do ambiente, a complexidade das situações clínicas e a vulnerabilidade sentida são fatores que dificultam, mas que devem ser geridos e ultrapassados por forma a manter a confiança e a ajuda aos pais.

2.6 Vivências e Aprendizagens no Internamento de Pediatria

O serviço de IP escolhido para o estágio é marcado pela diversidade de situações que acompanha. Desde o internamento social até ao internamento para preparação cirúrgica (sendo um serviço de medicina), passando pelos casos seguidos pelas especialidades de neurologia, de hematologia ou de endocrinologia. Conta ainda com uma equipa de enfermagem de peritos na área, pela sua experiência de vários anos.

Localizado no mesmo CHL que a UCIN, o serviço de IP proporcionou a agradável surpresa de continuar o processo de cuidados à criança com Síndrome de Abstinência do Recém-Nascido anteriormente internada na UCIN. Embora com menos necessidade de cuidados de saúde, foi feito um esforço acrescido para colaborar na transição para uma parentalidade positiva. Os antecedentes maternos e a não existência de um suporte familiar consistente exigiram uma intervenção legal para defesa dos direitos da criança, mas, simultaneamente, parecendo distanciar mãe e bebé. A multidisciplinaridade e a articulação entre serviços foi fundamental na preparação para a alta. O compromisso conseguido para uma maternidade consciente partiu da aquisição de competências ainda no meio hospitalar, com transferência da responsabilidade integral dos cuidados, mantendo uma rede de suporte organizada e presente. A complexidade da situação requer sempre uma abordagem multidisciplinar, abraçando diferentes dimensões da vida da criança e da família.

Pude também assumir a responsabilidade, durante alguns turnos pelos cuidados de uma criança 4 anos de idade, com história de múltiplos internamentos em diversos serviços mas sobretudo neste IP. Já com alguns dias de internamento aquando da minha chegada, pude constatar que se sentia familiarizado quer com o espaço físico, quer com as rotinas instituídas quer com a equipa de saúde. Durante o período

noturno permanecia sempre sozinho (a mãe deslocava-se a casa para cuidar do seu irmão mais novo) parecendo bem adaptado a esta situação sem alterações do comportamento ou do sono, por exemplo. Numa observação mais detalhada e dirigida à avaliação do seu desenvolvimento apercebi-me que o menino ainda não teria adquirido algumas competências nas áreas da postura e motricidade global, visão e motricidade fina e comportamento e adaptação social, sem no entanto existirem défices cognitivos ou motores que justificassem, do ponto de vista, físico estas alterações. A mãe, a par da minha observação, referiu que já tinha dado conta destes atrasos no desenvolvimento apontando como principais causas a necessidade de internamentos frequentes e a não frequência no jardim infantil. De facto, a literatura corrobora esta opinião e defende que as hospitalizações frequentes e/ou prolongadas conduzem a um maior risco de regressão ou restrição do desenvolvimento (Sanders, 2014). Acrescenta ainda que a enfermeira que proporciona atividades adequadas a cada estágio de desenvolvimento promove a normalização do ambiente hospitalar com menor interferência no desenvolvimento normal e contínuo da criança.

Existindo já previamente a perceção, por parte da mãe, que existiam áreas no desenvolvimento da criança que careciam de estimulação foi facilitador proceder ao planeamento de intervenções, conjuntamente, neste sentido. Recordo que recuperar o controlo de esfíncteres no internamento foi um dos objetivos traçados, exigindo a colaboração da equipa de saúde (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e educadora de infância), da mãe e da criança, diferenciando nos seus papéis mas reforçando a necessidade de regras e não cedência à chantagem da criança. Nos mesmos moldes foram traçados outros objetivos, tendo em atenção diferentes áreas, como realizar uma das seguintes atividades por dia – contar uma história ou uma canção, desenhar ou pintar - fazer um jogo de construção diariamente e deslocar-se sempre pelos próprios meios até à sala de atividades (com controlo da dor antecipadamente). Quando estágio terminou este plano de 'atividades' decorria sem falhas, percebendo-se que era ajustado e exequível, esperando ser também eficaz.

No final do estágio tive ainda oportunidade para cuidar de um pré-adolescente com diagnóstico de diabetes inaugural. Prestes a enfrentar a importante transição de criança para adolescente, confronta-se também com a transição saúde-doença e a necessidade constante de cuidados de saúde. Uma das competências especializadas implica **promover a autoestima e a autodeterminação do**

adolescente no que corresponde às suas escolhas de saúde (OE,2010c). Essencial neste processo de cuidados está a transmissão de conhecimentos, decisiva para a compreensão da situação atual. Ter conhecimentos sobre si e o que se passa consigo, ter poder de decisão (seja o próprio ou seus pais/cuidadores) são condições para que sinta o ambiente hospitalar como um ambiente seguro. Uma atitude positiva face à participação dos pais nos cuidados permite descobrir os seus pontos fortes e promover o funcionamento da família mesmo em situação de crise (Sanders, 2014).

Neste caso específico, tanto o adolescente como os seus pais demonstraram uma capacidade de adaptação extraordinária bem como a aquisição de competências técnicas relacionadas com a avaliação da glicémia. Ambos os progenitores assumiram a responsabilidade dos cuidados prontamente, embora o pai revelasse maior insegurança. Sanders (2014) alega que o envolvimento nos cuidados a um filho é influenciado pelas diferentes necessidades de cada um e é influenciado pela tensão emocional que a própria situação provoca. A EE deve ser sensível à 'saúde' da família e **promover a adaptação da criança e do jovem e família à doença crónica**, o que implica **diagnosticar necessidades específicas da família e capacitá-la para adotar estratégias que favoreçam a adaptação à doença** (OE, 2010c). Uma das iniciativas de colaboração conjunta das equipas de enfermagem do IP e consulta externa passa pela realização de ações formativas faseadas para a criança e os pais, no âmbito da diabetologia. Além da simples transmissão de informação sobre a doença, tratamento, sinais de alarme ou conselhos dietéticos é dada a possibilidade de 'experenciar' alguns procedimentos por parte dos pais. Nos casos em que é necessária a utilização de bomba de insulina, a EE coloca uma bomba aos pais para que a 'transportem' durante um período de tempo de 3 dias. A colaboração estreita entre as equipas determina o momento ideal para este tipo de intervenção e a continuidade da mesma.

Meleis (2010) destaca a função de complementaridade como uma intervenção de enfermagem, tanto no domínio preventivo, como no domínio terapêutico. Seja na transmissão de cuidados antecipatórios, cuidados em casa ou identificação de sinais de alerta, ou por outro lado, na substituição da família quando ela é insuficiente nos cuidados à criança doente, a enfermeira pode capacitar a família no processo de transição em situação de saúde-doença, sem comprometer as transições de desenvolvimento da criança. Num outro ponto de vista e segundo a mesma autora,

está também subjacente a transição entre modelos de cuidados inerentes aos diferentes serviços: internamento, consulta e cuidados de saúde primários. Embora não tenha tido *feedback* por parte dos pais, estou certa de que é uma intervenção que trará benefícios: utilização correta do material e os cuidados a ter, perceção real das dificuldades que irão ser sentidas e mobilização de estratégias de *coping* para ultrapassar esses desconfortos ou constrangimentos. Uma atividade efetiva de CCF que perspetiva integrar os pais no planeamento dos cuidados e tomada de decisão.

Após a consulta de normas e protocolos do serviço e entrevista com a orientadora clínica e enfermeira-chefe, pude constatar que não existe uma instituída uma escala de avaliação do desenvolvimento instituída e que, por isso, a avaliação do desenvolvimento era realizada apenas empiricamente. Apercebi-me também de outros constrangimentos na dinâmica assistencial. A sobrecarga de trabalho e o desgaste sentido e verbalizado por vários enfermeiros é um fator impeditivo para a utilização sistemática de mais uma escala por um lado e a escolha das brincadeiras durante o internamento fica quase exclusivamente à responsabilidade da educadora de infância. Desta forma, sugeri apresentar a escala de avaliação de desenvolvimento infantil com que tenho trabalho (apêndice III) com o intuito não de introduzir mais uma folha de registo mas antes como um instrumento de trabalho para planear atividades de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e, simultaneamente, rastrear alterações ou sinais de alarme.

Como forma de complementar essa avaliação elaborei outro instrumento de trabalho que visa sistematizar algumas atividades padrão minimizadoras do medo da dor e do *stress* sentido pela hospitalização, de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada criança (apêndice XII). Estas atividades foram consideradas muito pertinentes, quer pela orientadora clínica quer pela enfermeira-chefe, entendendo que poderão promover a qualidade dos cuidados prestados sem aumento da carga de trabalho e contribuindo para a satisfação tanto da equipa como das crianças e das famílias, neutralizando tanto quanto possível as ameaças ao desenvolvimento causadas pela hospitalização.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o percurso do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil foram sendo aperfeiçoadas as capacidades reflexiva e analítica e este relatório pretende espelhar, não só as atividades concretizadas durante os diferentes estágios clínicos, mas também a visão global e as singularidades dos cuidados especializados. A aprendizagem adquirida decorreu da articulação entre a evidência científica e a práxis em diferentes contextos e, complementarmente, da partilha e da discussão crítica de formas de cuidar. O EE tem o dever ético de procurar a excelência dos cuidados que presta e, para tal, é determinante a aposta na formação contínua.

A salientar que a redação do texto apela à capacidade de síntese o que nem sempre foi fácil, reconhecendo a dificuldade de transmitir com clareza a riqueza das experiências vividas e o profundo sentido que geraram. Esta necessidade de escrever acarreta um esforço acrescido à reflexão, sendo uma importante forma de crescimento pessoal e profissional, de incorporação de novos comportamentos e competências. Espero ter possibilitado uma leitura agradável, perceptível e fiel aos acontecimentos que maior ênfase tiveram.

Uma das áreas principais de atuação de enfermagem é a avaliação e a promoção do crescimento e do desenvolvimento, orientando precocemente as famílias no sentido de maximizar o potencial de cada criança, gerir o bem-estar e detetar prematuramente e encaminhar qualquer situação que influencie negativamente a sua vida (OE, 2015). Reconhecendo na família o parceiro ideal na responsabilização pelos cuidados, a filosofia de CCF cabe integralmente na visão global e aprofundada que o EE tem da sua área de intervenção. A antecipação e a criatividade são particularidades que podem marcar a diferença, ainda que subtil, na intervenção dos EE em resposta às necessidades da criança e da família e na adaptação às transições diversas que enfrentarão.

As CSIJ são momentos chave para focar a avaliação e a promoção do desenvolvimento, estabelecendo uma relação de ajuda e de interação entre o binómio alvo de cuidados e para promover a sua satisfação com os cuidados de saúde. A utilização de um instrumento de avaliação, de forma sistemática e criteriosa,

padronizando os critérios avaliados é, com alguma frequência negligenciada, arriscando-se a deteção e o encaminhamento precoce das alterações no desenvolvimento e comprometendo a qualidade dos cuidados de saúde. Esta foi uma das questões que maior dificuldade causaram no decorrer dos estágios. Com exceção do CDC, nenhum outro contexto clínico tem instituído qualquer instrumento de avaliação de desenvolvimento, parecendo haver consenso entre os enfermeiros de que se deve sobretudo à sobrecarga de trabalho.

De outra forma, as CSIJ são também intervenções reveladoras da dignidade e autonomia da profissão, onde o EE se pode evidenciar como elemento de referência para a criança/família e para a equipa como elemento de ligação entre os diferentes profissionais e os vários níveis de cuidados.

Um dos aspetos mais gratificantes neste percurso formativo foram as oportunidades que surgiram, muito pelo reconhecimento da aquisição de novas competências e do esforço realizado para um desempenho de excelência. Exemplos disso foram o convite para a participação numa comunicação em televisão e os convites para a participação em jornadas, congresso e reuniões. Embora tenha sido permanente a dificuldade na conciliação do tempo académico, profissional e familiar, considero que o balanço final foi muito positivo.

No momento da realização deste relatório, desempenho funções como elemento de ligação entre a ELI e a unidade de saúde e também entre o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, assumo a responsabilidade pela CSIJ e a coordenação da unidade de saúde onde exerço funções. Ao nível da *práxis* clínica, apraz-me dizer que os instrumentos de trabalho desenvolvidos durante os estágios clínicos no CDC e IP estão atualmente a ser utilizados na integração de novos colegas na CSIJ e que a proposta para aquisição de material que permita a avaliação de desenvolvimento segundo a escala de Mary Sheridan está a ser ponderada.

Serão poucas as palavras para transmitir os benefícios deste percurso formativo, seja a nível pessoal, seja a nível profissional. O olhar e o cuidar efetivo são agora muito diferentes, numa visão alargada e profunda no domínio da saúde da criança e do jovem. As estratégias para a dinamização das equipas, num compromisso assumido da melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem são mais e variadas.

Após a mobilização das temáticas e exposição das vivências nos estágios considero atingidos os objetivos propostos. Certamente com fragilidades ou com atividades a melhorar quero ressaltar que o investimento na formação contínua não termina com este relatório, nem mesmo com a sua discussão pública (se assim for possível). A procura pela excelência profissional é um contínuo sem meta final, almeja novos objetivos e metas a alcançar.

REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. (2013). *Plano Regional de Saúde 2013-2016*. Lisboa. Disponível em [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/287/ARSLVT - PLANO REGIONAL DE SA DE 2013-2016 rev. 09 junho .pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/287/ARSLVT_-_PLANO_REGIONAL_DE_SA_DE_2013-2016_rev.09_junho.pdf), acessado em 30.11.2015
- American Academy of Pediatrics (2001). Development Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *PEDIATRICS* 108 (1) 192-196. DOI: 10.1542/peds.108.1.192. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org> acessado a 16 de Julho de 2015.
- American Academy of Pediatrics (2012). Patient- and Family- Centered Care and the Pediatrician's Role. *PEDIATRICS*. 394-404. DOI: 10.1542/PEDS.2011-3084. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org> acessado a 16 de Julho de 2015.
- Askin, D., Wilson, D. (2014). Recém-Nascidos de Alto Risco e a Família. In M.J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad.) (9ªed.) (Vol. I, pp. 331-411). Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Aubrun, S., Orofiamma, R. (1990). *Les Competences de 3e Dimension, ouverture professionnelle?*. Paris: Conservatoire National des Arts et Metiers.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bellman, M., Lingam, S., Aukett, A. (2003). *SGS II Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos*. (A.M. Rocha, M. Machado, C. Ferreira, trad.) Lisboa: CEGOC-TEA (traduzido do original inglês SGS II – Schedule of Growing Skills II).
- Benner, P. (2001) *DE INICIADO A PERITO. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. (A.A. Queirós, B. Lourenço, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora (tradução do original inglês *FROM NOVICE TO EXPERT. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 2001, Prentice Hall, Inc.).
- Brazelton, T.B. (1992a). *O que todo o bebê sabe* (V.L. Siqueira, trad.). São Paulo: Martins Fontes (do original inglês *What Every Baby Knows*).
- Brazelton, T.B. (1992b). *Touchpoints: your child's emotional and behavioral development*. USA: Perseus Books.
- Brazelton, T. B. (1992). *Dar Atenção à Criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. (T. Perez, trad.) Mem Martins: Terramar (do original inglês *To Listen To a Child*)

- Brazelton, T.B. (2013) *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (M.M. Peixoto, trad.) (13ª ed.) Barcarena: Editorial Presença (tradução do original inglês Touchpoints, 1992).
- Brazelton, T.B.; Greenspan, S.I., (2006). *A Criança e o seu Mundo: Requisitos Essenciais para o Crescimento e Aprendizagem* (M.M. Peixoto, M.F. Morgado, trad.) (5ª ed.) Barcarena: Editorial Presença (do original inglês The Irreducible Needs of Children).
- Brykczunski, K., (2002) De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem In Tomey, A.M., Alligood, M.R., *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (A. Albuquerque, trad.) (5ªed.) Loures: Lusociência (do original inglês NURSING THEORIST and their work).
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges* (20th ed.). World Health Organization. doi:10.1558/poth.v0i4.65.
- Cowan, M. (2011). Saúde da Criança e do Adolescente (M.A.Negrão, M.J.Paixão, M.G.Fernandes, M.J.Pinheiro, R.Azevedo, trad.) In Stanhope, M., Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed) (pp. 631-661) Loures: Lusodidacta (tradução do original Public Health Care. Population-Centered Health Care in the Community, 7th, 2008, Elsevier: New York).
- Declaração dos Direitos da Criança disponível em <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dc-declaracao-dc.html>, acessado em 17 julho 2015.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro (2009). Diário da República, 1ª série, nº193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Decreto-Lei nº28/2008 de 22 fevereiro (2008). Diário da República, 1ª série, nº38 (22-02-2008) 1182-1189.
- Diogo, P. (2012). *TRABALHO COM AS EMOÇÕES EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures:Lusociência.
- Direção Geral de Saúde. (2013a). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013..* Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Ferraz, A.R., Guimarães H. (s.d.). *História da Neonatologia no Mundo*. Disponível em http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653-historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf. Acedido em 10 de abril de 2016.

Halfon, N., Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Reuland, C.H., Glascoe, F.P. (2004). Assessing development in the Pediatric Office. *Pediatrics*. 113 (5). 1926-1933.

Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar* (M.I.B. Ferreira, trad.) Loures: Lusociência (tradução do original francês PRENDRE SOIN À L'HÔPITAL: Inscrire Le Soins Infirmier Dans Une Perspective Soignante, 1997, Masson Éditeur).

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M.J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad.) (9ªed.) (Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, Elsevier:New York).

Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M.J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad.) (9ªed.) (Vol. I, pp. 122-187). Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).

<http://www.im2.anip.net/>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/en/

Huttlinger, K., Schaller-Ayers, J. (2011). Perspectiva Mundial dos Cuidados de Saúde In Stanhope, M., Lancaster, J. (Eds). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (M.A.Negrão, M.J.Paixão, M.G.Fernandes, M.J.Pinheiro, R.Azevedo, trad.) (7ªed) (pp.71-99) Loures: Lusodidacta (tradução do original Public Health Care. Population-Centered Health Care in the Community, 7th, 2008, Elsevier: New York).

Institute for Patience and Family-Centered Care. (s.d.) *What are the core concepts of patient-and family-centered care?* Disponível em: <http://www.ipfcc.org/faq.html>.

Instituto de Apoio à Criança. (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada (F. Vasco, M. L. Levy & T. Cêpeda, Trad.) (2ªed.) (pp.1-40). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em https://issuu.com/iacrianca/docs/anotacoes_carta_da_crian_a_hospitalizada_2009.

Kérouac, S., Pepin, J. Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

- McElfresh, P.B., Merck, T.T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade In M.J. Hockenberry, D.Wilson (Eds). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.O., Lemos e Sousa, trad.). (9ª ed.) (Vol. I, pp. 897-930) Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011 Elsevier:New York).
- Meleis, A.I., (Ed.) (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York: Springer Publishing Company.
- Melo, E.O. (1999). Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência*, 3, 59-62, acedido em: 29-12-2015, disponível em https://www.esenfc.pt/pa3/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=92&id_revista=5&id_edicao=18.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (A. Germano, C. Carvalho, C. Martins, L. Nunes, M. Amaral, & M. Vieira, Redatores). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático, 1-45. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 3: Número 1. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 2: Número 3. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 3: Número 3. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Série 1). Número 6. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Calculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatroNormaDeDotacoesSegurasDosCuidadosDeEnfermagemAG30052014aprovadopormaioriaproteg.pdf>, acedido em 30.11.2015.

Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ªed.) Amadora:McGraw-Hill (tradução do original inglês A Child's World: Infancy Through Adolescence).

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação da Ajuda e Validação*, Loures: Lusodidacta.

Purnell, L., Paulanka, Betty (2010) *CUIDADOS DE SAÚDE TRANSCULTURAIS: Uma abordagem Culturalmente Competente* (P. Page, Trad.) (3ªed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original inglês TRANSCULTURAL HEALTH CARE: A Culturally Competent Approach, 3rd ed., 2008).

Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª série, n.º119 (22-06-2015) 16660-16665.

Rodrigues, R.G., Oliveira, I.C.S. (2004). Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903) *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 6(2) 286-291. Disponível em www.fen.ufg.br acedido em 10 de janeiro de 2016.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M.J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad.) (9ªed.) (Vol. II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, Elsevier:New York).

- Sobreira, N.R. (1981). *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro: Interamericana
- Turril, S., Crathern, L. (2010). Families in NICU. In E. Boxwell (Ed), *Neonatal Intensive Care Nursing* (2nd ed). London and New York: Routledge.
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. G. de. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552–560. DOI:10.1590/S0104-11692002000400013.
- Wilson, D. (2014). Cuidados à Criança em Idade Toddler e Pré-Escolar, Centrados na Família. In M.J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad.) (9ªed.) (Vol. I, pp. 587-682). Loures: Lusociência (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/, acessado em 10 dezembro de 2015
- World Health Organization. (2014). Noncommunicable Diseases. Retrieved December 10, 2014, from http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma de Ensino Clínico (3º semestre)

Ano		2015												2016									
Meses	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			Mar		
Semanas	28	5	12	19	26	2	9	16	23	1	7	14	21	4	11	18	25	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	3	8	15	22	29	5	12	19	26	4	
Estágio com Relatório	Centro de Desenvolvimento da Criança					ACESⁱ Loures – Odivelas				Serviço de Urgência Pediátrica				Férias	CHLNⁱⁱⁱ				CHLNⁱⁱⁱ			Elaboração e Apresentação do Relatório	
	5 semanas					4 semanas				3 semanas					3 semanas				3 semanas				

ⁱ ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ⁱⁱ USF – Unidade de Saúde Familiar

ⁱⁱⁱ CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

**APÊNDICE II – GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO – OBJETIVOS E
ATIVIDADES TRANSVERSAIS AOS CAMPOS DE ESTÁGIO**

Desenvolve o Autoconhecimento, Assertividade.

Presta Cuidados Especializados baseados na Evidência Científica

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<p>Desenvolver competências de EE, transversais aos diferentes contextos de intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a dinâmica e funcionamento dos diferentes contextos de estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de protocolos, normas e manuais de acolhimento ou outros documentos de referência. • Identificação dos quadros teóricos de referência na prática clínica. • Observação participada na prática de cuidados da equipa de enfermagem (em especial dos EE) à criança/família, em diversos contextos clínicos e na multiplicidade de situações • Reflexão sobre a intervenção do EE na prática de cuidados e no seio da equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manuais de acolhimento; ✓ Biblioteca da ESEL e bases de dados ✓ Equipa de Enfermagem
	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentar a prática clínica na melhor evidência científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica acerca da saúde da Criança e do Jovem: publicações e guias orientadores de boa prática. • Reflexão analítica e partilha com a equipa de casos concretos sobre a intervenção diferenciadora do EE. • Participação no 16º Congresso Nacional de Pediatria da Sociedade Portuguesa de Pediatria, nos dias 21,22,23 e 24 de outubro, em Albufeira; no IV Encontro de Intervenção Precoce na Infância, no dia 20 de novembro, no Fórum Lisboa; nas XXII Jornadas do Hospital de Santa Maria, nos dias 21 e 22 de janeiro, sob o tema <i>Diálogos na Dor</i> e na 7ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas, a decorrer nos dias 4, 5 e 6 de fevereiro, com temas como <i>A Importância do Sim e do Não no Desenvolvimento da Criança, Novos movimentos ideológicos, Prematuridade; Rastreios em Pediatria: sim ou não?</i> 	

**Desenvolve o Autoconhecimento, Assertividade.
Presta Cuidados Especializados baseados na Evidência Científica**

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<p>Desenvolver competências de EE, transversais aos diferentes contextos de intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências comunicacionais promotoras de um papel de liderança e assertividade. 	<ul style="list-style-type: none"> Participação ativa no <i>Journal Club</i> do CDC com apresentação de um artigo. Fazer uma comunicação para um canal de televisão, num programa em direto, sobre vacinação e algumas questões mais frequentes, no dia 15 de outubro, em Lisboa. Ação formativa realizada a 24 de novembro sobre a “Estrutura e Dinâmica da CSIJ”, com destaque para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientadoras clínicas do CDC e USF. ✓ Orientadora docente. ✓ Biblioteca da ESEL e bases de dados ✓ Equipa multidisciplinar do CDC e da USF

**APÊNDICE III – GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO – CENTRO DE
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

**PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS NA MAXIMIZAÇÃO DA SAÚDE
E EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM**

Centro de Desenvolvimento da Criança			
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na promoção e na reabilitação da criança.	<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar conhecimentos científicos na área do desenvolvimento infantil, dos instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção para a sua promoção. 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre crescimento e desenvolvimento infantil: avaliação e promoção. Pesquisa bibliográfica sobre as situações de doença mais frequentes no CDC. Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação e suas características, nomeadamente: escala de avaliação de desenvolvimento infantil de <i>Mary Sheridan</i>, <i>Growing Skills II</i>, Teste de Desenvolvimento Mental de <i>Ruth Griffiths</i> e teste de <i>TIMPS</i>. Elaboração de um instrumento de trabalho e registo: escala de desenvolvimento Mary Sheridan, sinais de alerta e atividades promotoras de desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar. ✓ PNSIJ. ✓ Guias Orientadores de Boa Prática. ✓ Biblioteca da ESEL e bases de dados. ✓ Biblioteca do CDC. ✓ Projeto de Estágio.
	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança/família. 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria. Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas, aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, temperamento, culturas e situação clínica. Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com a criança/família. 	

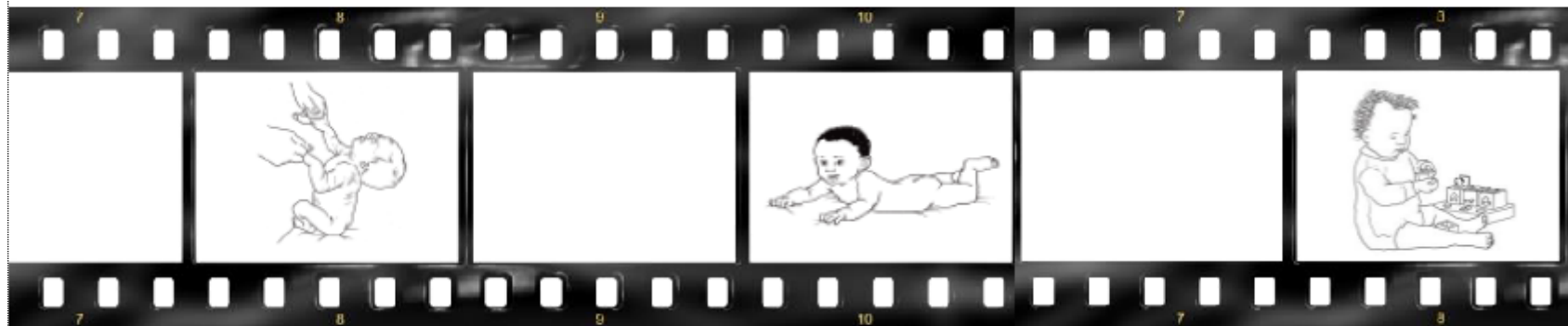
Centro de Desenvolvimento da Criança				
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES		RECURSOS
Presta cuidados específicos na maximização da saúde e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na promoção e na reabilitação da criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados globais e individualizados na consulta de acompanhamento de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias que motivam o acompanhamento pelo Centro de Desenvolvimento da Criança. • Observação das consultas realizadas no âmbito da Neonatologia/Follow-up e <i>Spina</i> Bífida. • Observação (participada, se oportuno) nas terapias de psicomotricidade e da fala, na consulta de Pediatria do Desenvolvimento, de Psicologia e nas Consultas Externas (Diabetologia, Asma e Rinite Alérgica e Alergologia). • Realização da consulta de Neonatologia/Follow-up sob supervisão clínica e com autonomia crescente. • Prestação de Cuidados Não Traumáticos (em especial, e como exemplo, na colheita invasiva de espécimes biológicos). • Observação participada aquando da aplicação das escalas de avaliação de desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i>/Growing Skills II. • Aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil – escala de Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i>. • Reflexão sobre resultados obtidos e exposição de dúvidas aquando da avaliação das escalas de desenvolvimento aplicadas. • Planificação, em parceria com a família, dos cuidados de saúde: identificação das potencialidades e/ou dos sinais de alarme e atividades promotoras do desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar. • PNSIJ. • Guias Orientadores de Boa Prática. • Biblioteca da ESEL e bases de dados. • Biblioteca do CDC. • Projeto de Estágio.

**APÊNDICE IV – FOLHA DE REGISTO PARA A AVALIAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO: SEGUNDO A ESCALA DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE**

MARY SHERIDAN

FOLHAS DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada



Almada

2015

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

Recém-nascido

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	AUDIÇÃO E LINGUAGEM
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sobre o abdómen, cotovelos fletidos junto ao tronco; ✦ Decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica; ✦ Tração para se sentar: Queda significativa da cabeça; ✦ Sentado com apoio: dorso curvado com queda da cabeça para a frente; ✦ Suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos; ✦ Reflexos primitivos: de Moro, de Pontos Cardeais, de Preensão Palmar, de Marcha Automática. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar. ✦ Reação a sons altos e súbitos (como por exemplo, bater as palmas, fechar a porta, sinos, etc.) – qualquer reação é válida (pisar os olhos, franzir as sobrancelhas).

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço;
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito;
- Chamar o bebé pelo nome. Falar e cantar suavemente com várias tonalidades;
- Falar sobre tudo que estiver a fazer (como por exemplo, lavar as mãos, vestir-se);
- Usar canções de embalar, música instrumental ou músicas com melodias repetidas;
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e conversar com ele;
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (como por exemplo, flor ou laranja);
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la em vários sentidos, quando o bebé estiver alerta e a cabeça em posição central;
- Oferecer o polegar do bebé para que se autoconforte e reorganize;
- Evitar ambientes hiperestimulantes;
- Fazer massagem suave corporal, sem movimentos elaborados, forçados ou com demasiada pressão. Não exceder os 20 minutos.

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

4-6 SEMANAS

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> + Decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas, tenta levantar a cabeça; + Decúbito dorsal: virando subitamente a cabeça da criança para um lado observação flexão/adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral – <i>Reflexo Atónico Assimétrico do Pescoço</i>; + Tração pelas mãos para se sentar: Queda da cabeça; + Sentado: dorso em arco e mãos fechadas; + Suspensão ventral: cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> + Fixa e segue o objeto a 20-25 cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo). 	<ul style="list-style-type: none"> + Vira /pisca os olhos e/ou pára a atividade em curso, estende as pernas ou abre as mãos em resposta ao som a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> + Fixa a face da mãe quando o alimenta; + Sorriso presente às 6 semanas (em resposta voluntária, distinto de movimentos involuntários) + Chora quando de desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Sentado: ausência de tentativa de controlo de cabeça; ! Em pé: hipertonicidade; ! Nunca segue a face humana; ! Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana); ! Não se mantém alerta, nem por breves momentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Movimentar objetos coloridos e pendurá-los a uma distância um pouco superior a 20 cm do rosto do bebé; ■ Produzir sons suaves (rocas, chocalhos e caixa de música) e utilizar tonalidades de voz diferentes e suaves; ■ Usar cadeira de balouço; ■ Observar o comportamento do bebé (como dorme, sossega, se alimenta e se conforta), tocar e embalar em sincronia; ■ Proporcionar conforto alternando posições; ■ Massajar suavemente e com movimentos simples (sem exceder 20 minutos); ■ Conversar com carinho, proporcionando ambiente calmo e sem sobrecarga de estímulos.

Material	Nome:		
	Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
	Processo Número:	Avaliação realizada por:	
	Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança.

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

3 Meses

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> † Decúbito ventral: apoia-se nos antebraços; † Decúbito dorsal: postura simétrica, membros com movimentos ritmados; † Tração pelas mãos para se sentar: cabeça ereta e coluna dorsal direita † De pé: flete os joelhos, não faz apoio. † Suspensão ventral: a cabeça encontra-se acima da linha do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> † Mantém as mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas; † Segura brevemente a roca e move-a na direção da face, ainda sem coordenação; † Segue uma bola pendente a 15-25cm da face, horizontalmente (meio círculo); † Apresenta convergência ocular, ao aproximar lentamente e na vertical, um objeto ou face humana; † Faz pestanejo de defesa, em aproximação rápida de um objeto à sobrancelha. 	<ul style="list-style-type: none"> † Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> † Sorriso e movimentos de excitação em resposta a situações familiares; † Tem boa resposta social à aproximação da face; † Galreio.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não fixa, nem segue objetos; ! Não sorri; ! Não há qualquer controlo da cabeça; ! Tem as mãos sempre fechadas; ! Tem os membros rígidos em repouso; ! Apresenta sobressalto ao menor ruído; ! Chora e grita quando se toca; ! Pobreza de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilizar o bebé evitando que esteja demasiado tempo deitado e na mesma posição; ■ Procurar levantar o bebé devagar pelas mãos, simulando o movimento de sentar; ■ Oferecer objetos para segurar e colocar objetos pendentes para que possa segui-los; ■ Interagir utilizando a fala (sons suaves, imitar sons de objetos/instrumentos musicais); ■ Utilizar a mímica facial, cantar e dançar com o bebé ao colo; ■ Desenvolver um ritual de sono antes de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Material	Nome:		
	Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
	Processo Número:	Avaliação realizada por:	
	Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

6 Meses

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PÁRAMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Decúbito ventral: apoia-se nas mãos, tem extensão dos braços e levanta a cabeça; ✦ Decúbito dorsal: levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos; ✦ Tração pelas mãos para se sentar: faz força para se sentar; ✦ Sentado: mantém o dorso direito, fica em equilíbrio sem apoio, por breves instantes (totalmente conseguido entre os 5 e os 9 meses); ✦ De pé: faz apoio plantar 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Tem preensão palmar e usa ambas as mãos; ✦ Leva os objetos à boca; ✦ Transfere os objetos de uma mão para a outra; ✦ Esquece imediatamente o objeto quando este cai; ✦ Apresenta boa convergência ocular; ✦ Presença de reflexos de proteção sem assimetrias: <i>Reflexo de Paraquedas</i> e <i>Reflexo de Proteção Lateral</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Segue e localiza os sons aproximadamente a 45 cm de distância; ✦ Vocaliza sons monossílabos e dissílabos; ✦ Dá gargalhadas e grita quando quer chamar a atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ativo, atento e curioso, explora o ambiente em todas as direções; ✦ Quando oferecidos, abana a roca deliberadamente e explora os objetos.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Ausência de controlo de cabeça; ! Tem os membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar; ! Não olha nem pega qualquer objeto; ! Apresenta assimetrias; ! Não reage aos sons; ! Não vocaliza; ! Tem desinteresse pelo ambiente; ! Apresenta irritabilidade; ! Tem estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oferecer brinquedos de tamanho médio e coloridos, com arestas arredondas como bolas e cubos, estimulando a transferência de uma mão para a outra; ■ Sentar o bebé com apoio, para que possa participar mais ativamente no ambiente que o rodeia; ■ Incentivar a que produza novos sons (conversar, cantar e dançar); ■ Colocar o bebé num tapete adequado para que role e se desloque, dispondo progressivamente os objetos mais longe, permitindo a frustração; ■ Proporcionar brincadeiras de interação como colocar o bebé à frente do espelho; ■ Não entrar em conflito durante a refeição; ■ Reforçar ritual de sono antes de dormir.

Material	Nome:		
	Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
	Processo Número:	Avaliação realizada por:	
	Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança [REDACTED]

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

9 Meses

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Sentado: senta-se e fica sentado sem apoio durante aproximadamente 10 a 15 minutos; ✦ De pé: põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se; ✦ Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Tem preensão e manipulação; ✦ Leva tudo à boca; ✦ Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos com o indicador; ✦ Faz movimento de pinça fina grosseira; ✦ Atira deliberadamente os objetos ao chão e procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Tem atenção rápida para os sons perto e longe; ✦ Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido; ✦ Vocaliza deliberadamente, repetindo várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Distingue os familiares dos estranhos (reação negativa para os estranhos); ✦ Leva uma bolacha à boca e mastiga pequenos pedaços de comida.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não se senta; ! Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição; ! Apresenta assimetrias; ! Não tem preensão palmar e não consegue levar objetos à boca; ! Não reage aos sons; ! Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização; ! É apático, sem aparente relação com os familiares; ! Engasga-se com facilidade; ! Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oferecer objetos diferentes e afastados, para incentivar o posicionamento; ■ Colocar objetos em cima de uma cadeira, para incentivar a colocar-se de pé; ■ Identificar os objetos pelos nomes; ■ Ensinar a colocar os objetos dentro e fora da caixa; ■ Dar a experimentar novas texturas e oferecer papel para amassar e rasgar; ■ Oferecer dois objetos para a mão e, posteriormente, um terceiro, deixando-o optar livremente; ■ Brincar ao "esconde" (destapar e tapar o rosto) e outros jogos repetitivos (bater palmas,...); ■ Imitar sons de animais e objetos, fazer mímica e pedir para o imitar; ■ Realizar massagem; ■ Ser firme e terno no "não".

Material	Nome:		
	Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
	Processo Número:	Avaliação realizada por:	
	Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

12 Meses

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> + Passa de decúbito dorsal a sentado; + Sentado: fica em equilíbrio + De pé: põe-se de pé e baixa-se com apoio de uma ou duas mãos; + Gatinha. 	<ul style="list-style-type: none"> + Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão e procura-os mesmo se fora do seu campo de visão; + Procura um objeto escondido; + Tem interesse visual para perto e longe (como por exemplo, gosta de espreitar à janela ou veículos em movimento); + Tem movimento de pinça fina perfeita. 	<ul style="list-style-type: none"> + Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa; + Responde ao nome e volta-se; + Jargão (vocaliza em tom de conversa mas completamente incompreensível) e contém já a maioria das vogais e consoantes; + Compreende ordens simples como 'dá cá' e 'adeus'. 	<ul style="list-style-type: none"> + Bebe pelo copo com ajuda; + Segura na colher mas não a usa; + Colabora a vestir-se, levantando os braços; + Muito dependente do adulto e demonstra afeto; + Compreende o uso de objetos diários – jogo funcional (como por exemplo o uso da escova do cabelo).

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não aguenta o peso nas pernas; ! Permanece imóvel e não procura mudar de posição; ! Apresenta assimetrias; ! Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; ! Não responde à voz; ! Não brinca e nem estabelece contacto; ! Não mastiga. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover a aquisição de capacidades motoras; ■ Oferecer vários objetos para as mãos (por exemplo, cubos); ■ Estimular as tarefas/ordens simples, dar estímulo positivo após a realização das mesmas; ■ Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança; ■ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem, reagir calmamente e com firmeza às birras e não entrar em conflito na hora da refeição; ■ Manter os rituais de sono; ■ Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas; ■ Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja; ■ Evitar pressões para o controlo esfinteriano.

Material
<ul style="list-style-type: none"> • Copo; • Colher; • Escova de cabelo; • Cubo

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

18 Meses

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Anda bem, sem necessidade de apoio, ainda que com os pés ligeiramente afastados; ↑ Apanha brinquedos do chão (agacha-se). 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Constrói uma torre de 3 cubos, após demonstração; ↓ Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão; ↑ Olha um livro de figuras e folheia várias páginas em simultâneo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais; ○ Obedece a ordens simples (como por exemplo, 'pega nos sapatos' ou 'fecha a porta') e complementa com gestos significativos; ○ Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos; ↑ Controlo da salivação. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Bebe por um copo em entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente entrega ao adulto depois de usar e não o pouisa); ↑ Segura a colher e leva alimentos à boca; ↑ Não gosta que lhe peguem; ↓ Exige muita atenção; ↓ Indica necessidade de ir à casa de banho (mesmo depois de urinar ou defecar); ↑ Começa a copiar as atividades domésticas (como por exemplo, lavar roupa, dar de comer à boneca).

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas; ! Anda sempre na ponta dos pés; ! Apresenta assimetrias; ! Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador; ! Não responde quando o chamam; ! Não vocaliza espontaneamente; ! Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto; ! Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca; ! Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco para que aprenda a organizar-se; • Pedir para que olhe e repita o nome de várias partes do corpo do boneco; • Ensinar a "rabiscar" (no papel, na areia, na terra) para estimular a destreza manual e área sensorial; • Demonstrar o que é ou não perigoso; • Elogiar quando for capaz de realizar uma tarefa sem ajuda; • Realizar atividades com música, incentivando a criança a cantar e dançar; • Incentivar o convívio; • Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem.

Material	Nome:		
<ul style="list-style-type: none"> • Cubo • Colher • Cubos; • Livro; • Bola pequena. 	Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
	Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:			

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

2 Anos

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corre com segurança e evita obstáculos; ○ Sobe e desce com os dois pés no mesmo degrau, com apoio no corrimão ou parede. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preferência por uma mão (definição da lateralidade); ➤ Constrói uma torre de 6/7 cubos; ➤ Imita o rabisco circular, bem como a linha vertical após demonstração; ➤ Gosta de ver livros e vira uma página de cada vez, reconhece detalhes e nomeia algumas figuras; ➤ Pode ser testada visão binocular através da <i>Tabela de Snellen</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diz o primeiro nome; ↳ Fala sozinho enquanto brinca; ↳ Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas; ➤ Apresenta linguagem que pode ser incompreensível mesmo para os familiares; ➤ Nomeia objetos familiares e figuras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coloca o chapéu e os sapatos; ○ Usa bem a colher; ○ Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. ➤ Jogo simbólico (faz-de-conta); ➤ Jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas).

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não anda sozinho; ! Deita objetos fora; ! Não constrói nada; ! Não parece compreender o que se lhe diz; ! Não pronuncia palavras inteligíveis; ! Não se interessa pelo que está em seu redor; ! Não estabelece contacto; ! Não procura imitar; ! Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar brincadeiras que estimulem a coordenação motora (como por exemplo, pular num só pé, saltar à corda); ■ Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo; ■ Ajudar a criança a pronunciar palavras, pelo estímulo positivo; ■ Dar a conhecer várias texturas e materiais (como por exemplo, mexer e pintar com tintas); ■ Contar histórias e oferecer <i>puzzles</i>; ■ Facilitar oportunidades de jogo simbólico; ■ Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias; ■ Incentivar o controlo esfinteriano; ■ Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites; ■ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Material
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copo; ◆ Colher; ◆ Cubos; ◆ Livro; ◆ Tabela Snellen.

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

3 Anos

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> + Tem equilíbrio momentâneo num pé; + Sobe escadas alternadamente, mas desce com os dois pés no mesmo degrau; + Atira a bola por cima do ombro. 	<ul style="list-style-type: none"> + Constrói uma torre de 9 cubos; + Copia o círculo e imita a cruz; + Constrói a ponte de 3 cubos (3 anos – imita após demonstração; 3 ½ meio copia a ponte já construída); + Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde) – faz corresponder não sendo obrigatório nomear; + Desenha a figura humana: cabeça e uma ou duas partes do corpo (mesmo que em locais errados). 	<ul style="list-style-type: none"> + Diz o nome completo e o sexo; + Tem vocabulário extenso mas pode ser pouco compreensível por estranhos; + Faz frases com 4 palavras + Tem defeitos na articulação e imaturidade da linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> + Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário; + Vai sozinho à casa de banho; + Come com colher e garfo.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! Não anda sozinho; ! Deita objetos fora; ! Não constrói nada; ! Não parece compreender o que se lhe diz; ! Não pronuncia palavras inteligíveis; ! Não se interessa pelo que está em seu redor; ! Não estabelece contacto; ! Não procura imitar; ! Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover atividades lúdicas físicas (como por exemplo, saltar, correr, pular, andar de triciclo); ■ Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez. Incentivar a criança a fantasiar; ■ Dar responsabilidade, aceitar a forma que a criança encontrou para dominar a sua vida; ■ Não trazer a criança para a realidade quando está no mundo imaginário; ■ Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos associados ao pensamento mágico); ■ Fase dos «porquês». Exige paciência já que muitas vezes não espera pela resposta à primeira pergunta; ■ Não ridicularizar comportamentos; ■ Ajudar a criança a partilhar brinquedos; ■ Acompanhar programas televisivos; ■ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Material
<ul style="list-style-type: none"> + Cubos; + Painel de cores; + Bola pequena.

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.
Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

4 Anos

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> + Fica num pé sem apoio durante 3 a 5 segundos; + Sobe e desce escadas alternadamente; + Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> + Constrói escada de 6 cubos (3 degraus, após demonstração); + Copia a cruz, sem demonstração; + Combina e nomeia 4 cores básicas; + Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos). 	<ul style="list-style-type: none"> + Diz o nome completo, a idade e o sexo, habitualmente a morada. + Apresenta linguagem compreensível, tem apenas algumas substituições infantis (como por exemplo, 'r' por 'l'). 	<ul style="list-style-type: none"> + Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços; + Gosta de brincar com crianças da sua idade; + Sabe esperar pela sua vez; + Jogo imaginativo/narrativo (como por exemplo, uso de miniaturas com criação de cenários imaginários.)

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração; ! Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez; ! Tem estrabismo ou suspeita de défice visual; ! Apresenta perturbações do comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover as construções de lego ou puzzles; ■ Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana; ■ Inventar brincadeiras que envolvam a distinção de cores e ensinar canções e versos; ■ Fazer com que participe em afazeres mesmo que sejam simbólicos; ■ Dar oportunidade para verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, permitindo avanços e recuos; ■ Mostrar a sequência das atividades; ■ Promover brincadeiras onde exista movimento físico; ■ Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana); ■ Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa; ■ Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade; ■ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Material
<ul style="list-style-type: none"> + Cubos; + Painel de cores.

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

FOLHA DE REGISTO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada

5 Anos

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> ⬇ Fica num pé 8 a 10 segundos, com os braços cruzados sobre o tórax; ⬇ Salta alternadamente num pé, numa distância de 2 a 3 metros. 	<ul style="list-style-type: none"> ⬇ Constrói 4 degraus com 10 cubos, após demonstração; ⬇ Copia o quadrado e o triângulo, sem demonstração; ⬇ Conta 5 dedos de uma mão; ⬇ Nomeia quatro cores e combina até 10 cores; ⬇ Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços). 	<ul style="list-style-type: none"> ⬇ Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data de nascimento; ⬇ Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons. 	<ul style="list-style-type: none"> ⬇ Veste-se sozinho; ⬇ Lava as mãos e a cara sem ajuda e limpa-se sozinho; ⬇ Escolhe o(s) amigo(s); ⬇ Compreende as regras do jogo.

SINAIS DE ALARME	ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ! É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração; ! Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez; ! Tem estrabismo ou suspeita de défice visual; ! Apresenta perturbações do comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selecionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período de tempo; ■ Não ridicularizar os presumíveis medos/pesadelos/fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência; ■ Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora; ■ Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras; ■ Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte as que não conhece; ■ Continuar a proporcionar à criança responsabilidade (como por exemplo, ajudar em casa, dar recados); ■ Promover a participação em jogos para o desenvolvimento da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.); ■ Incutir regras, impor limites e ajudar a lidar com os impulsos (como por exemplo, roubo e mentira.)

Material
<ul style="list-style-type: none"> • Cubos; • Painel de cores.

Nome:		
Data de Nascimento:	Data de Avaliação:	Idade:
Processo Número:	Avaliação realizada por:	
Observações:		

Fonte: Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Lisboa, 2013.

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015, sob supervisão de Enfermeira Margarida Ramos, Centro de Desenvolvimento da Criança

APÊNDICE V – *JOURNAL CLUB:*

CONVERSATIONS WITH CHILDREN ABOUT DNA AND GENES USING AN ORIGINAL

CHILDREN'S BOOK

Journal Club

15.10.2015



Sílvia Araújo
6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria



ARTICLE

Conversations With Children About DNA and Genes Using an Original Children's Book

Patricia Newcomb, PhD, RN, CPNP, Rachel Hudlow, BSN, RN,
Joan Heilskov, MSN, RN, NNP, Cynthia Diane Martinez, BSN, RN,
& Heather Le, BSN, RN

Published online April 27, 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.006>

www.pedhc.org

November/December 2014

Conversations With Children about DNA and Genes Using na Original Children's Book

Objetivos :

- a) Determinar se o livro contribui para a aprendizagem sobre os termos "DNA" e "gene" numa amostra de crianças em idade escolar;
- b) Determinar se a leitura do livro com uma enfermeira resulta numa melhor compreensão dos conceitos básicos comparativamente à leitura com os pais.

Metodologia

❑ Estudo *quantitativo* e *qualitativo*;

❑ **Universo:**

- 282 crianças hospitalizadas num Hospital do norte do Texas

❑ **Amostra:**

- 26 díades de pais e crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos de idade;

❑ **Crítérios de Inclusão:**

- Falar inglês
- Sem défices cognitivos ou visuais.

❑ **Método:**

- 2 grupos (n=13) – leitura orientada pela enfermeira e leitura apenas com os pais

❑ **Ponto de Partida:**

A equipa de investigação e a autora do livro:

- Revisão sistemática da literatura;
- Entrevistas a crianças com hábitos frequentes de leitura;

Para determinar as melhores características de um livro para crianças (espaços em branco, tipo e tamanho de letra, quantidade de texto personagens, enredo).

❑ **Instrumento de medida:**

- *Genetic Knowledge Index*

Instrumento de medida

Genetic Knowledge Index

1. Once a genetic marker for a disorder is identified in a person, the disorder can be prevented or cured.
2. If a person has a genetic marker for a disorder, the person will always get the disorder.
3. Racial differences in academic ability are caused by genetics.
4. Only mothers can pass on genetic disorders.
5. People who have a genetic marker for a disease are unhealthy.

- ✓ O instrumento foi desenvolvido para testar o conhecimento sobre conceitos genéticos numa população sem conhecimento prévio sobre a temática;
- ✓ Testado numa amostra randomizada de 400 habitantes de Jefferson County, Kentucky.

Recolha de Dados

"What do you think DNA is?"

"What do you think gene is?"

FIGURE 1. A page from the book *What DNA Does*. © Rachel Hudlow. This figure appears in color online at www.jpedhc.org.

It is because of our DNA that we are all alike. We are humans instead of Rabbits or bananas.



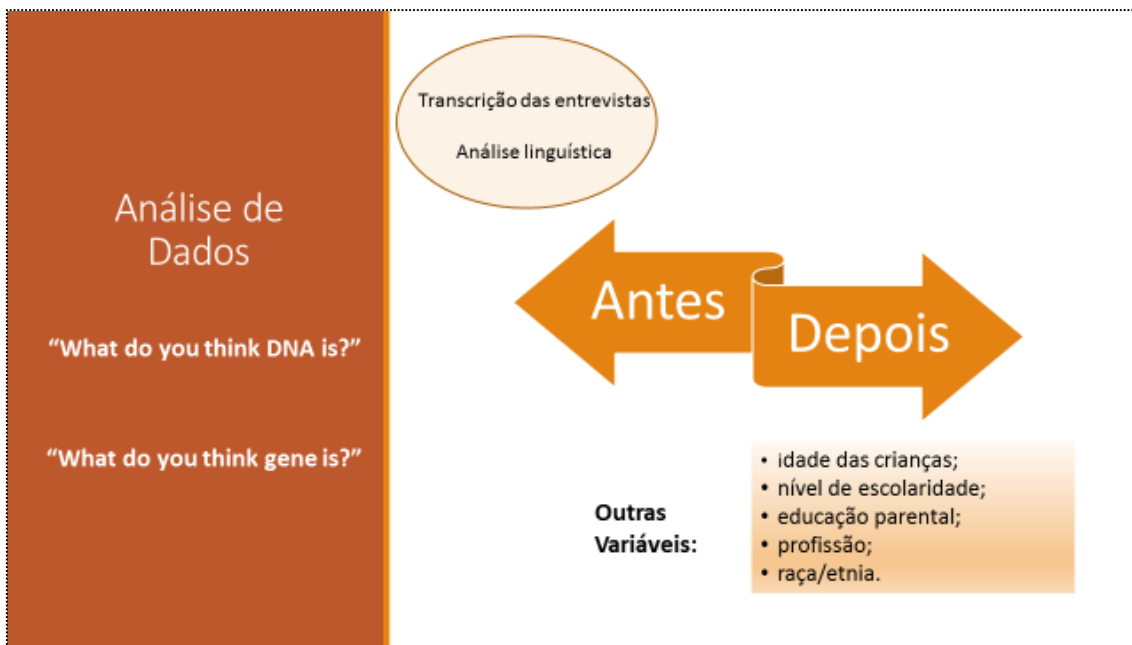
FIGURE 2. A page from the book *What DNA Does*. © Rachel Hudlow. This figure appears in color online at www.jpedhc.org.



It is because of DNA that we are different too. I am me, and you are you. How does that happen?



Liberdade de enriquecimento da leitura: jogos, contos, vídeos, bonecos, etc. por parte da enfermeira ou dos pais



Exemplos de compreensão dos termos de “DNA” e “gene” antes e depois de ler o livro apenas com os pais

Antes da leitura		Depois da leitura	
<i>Cuidador</i>	<i>Criança</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Criança</i>
“DNA is building blocks that make you who you are”	“I’ve heard of it [gene], but I don’t know what it is”	DNA is “things in my body that make protein that help the body function” Genes are “part of DNA”	DNA is “stuff on my skin and inside my body that makes you the way you are”

Exemplos de compreensão dos termos de “DNA” e “gene” antes e depois de ler o livro
com a Enfermeira

Antes da leitura		Depois da leitura	
Cuidador	Criança	Cuidador	Criança
<p>“DNA is what your body is made of” “Genes are what your body is made of”</p>	<p>“DNA is your blood type”</p>	<p>“DNA is little ‘itty-bitty’ parts that make up your body” “genes determine you hair/eye color, blood type and so forth”</p>	<p>“DNA is in your blood and genes are what make you – you”</p>

Resultados

- Maior frequência de crianças do sexo masculino, em frequência dos primeiros níveis de ensino;
 - 50% dos cuidadores tem uma educação ao nível do ensino secundário ou inferior;
 - 54% dos cuidadores falhou apenas 1 questão;
 - 42% responderam erradamente à questão número 3, tornando-a a mais difícil;
 - 2 díades não melhoraram os seus conhecimentos sobre os conceitos, após a leitura do livro (leitura apenas com os cuidadores).
- Nenhuma das crianças foi capaz de explicar os conceitos DNA e gene em palavras simples, apesar de conseguir reproduzir algumas frases lidas;
 - Os conhecimentos das crianças foram avaliados de forma subjetiva conferindo uma precisão limitada;
 - Todos responderam positivamente à leitura do livro e não sugeriram outra forma de aprendizagem preferencial;
 - **As crianças que leram o livro com a enfermeira demonstraram mais conhecimentos sobre a temática do que as que leram o livro apenas com os cuidadores.**



Implicações para a Prática



Conclusões:

Este tipo de estratégia é:

- Facilmente implementável;
- Requer recursos acessíveis;
- Passível de ser utilizada por toda a equipa multidisciplinar (exploração de múltiplas dimensões);
- Eficaz na veiculação e aquisição de conhecimentos.

**APÊNDICE VI - GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO – UNIDADE DE
SAÚDE FAMILIAR**

Unidade de Saúde Familiar – ACES Loures – Odivelas				
	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS NA MAXIMIZAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA, DO JOVEM E DA FAMÍLIA	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, ao nível dos cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar conhecimentos científicos na área do desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil e juvenil. Identificação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados na CSIJ. Reunião com a enfermeira EE orientadora da USF para diagnóstico das necessidades de formação da equipa multidisciplinar e, se necessário, desenvolver uma atividades formativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PNSIJ. ✓ Guia Orientador de Boa Prática. ✓ Orientadora clínica e coordenadora da USF.
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança/família. 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria. Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, temperamento, culturas e situação clínica. Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com a criança/família. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientadora docente. ✓ Biblioteca da ESEL e bases de dados. ✓ Projeto de Estágio.

Unidade de Saúde Familiar – ACES Loures – Odivelas

Continuação

	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, ao nível dos cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados globais e individualizados aquando a consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil 	<ul style="list-style-type: none"> • Observação analítica das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, dirigida à avaliação do desenvolvimento. • Realização da CSIJ, com supervisão e com autonomia crescente, tendo em conta os parâmetros preconizados no PNSIJ para cada idade-chave, com maior rigor na avaliação e promoção do desenvolvimento. • Aplicação, de forma sistemática, da escala de avaliação do desenvolvimento infantil de <i>Mary Sheridan</i>. • Reflexão com a EE orientadora sobre os resultados obtidos e exposição de dúvidas aquando da avaliação do desenvolvimento através da escala de <i>Mary Sheridan</i>. • Planificação, em parceria com a família, dos cuidados de saúde: identificação das potencialidades e/ou dos sinais de alarme e atividades promotoras do desenvolvimento infantil. • Observação reflexiva da dinâmica de trabalho da ELI integrada no SNIPI. • Prestação de Cuidados Não Traumáticos (em especial e como exemplo, no tratamentos de feridas, vacinação). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PNSIJ. ✓ Guia Orientador de Boa Prática. ✓ Orientadora clínica e coordenadora da USF. ✓ Equipa multiprofissional (da USF e ELI). ✓ Orientadora docente. ✓ <i>Software</i> informático <i>SClínico</i> e <i>SINUS</i>. ✓ Biblioteca da ESEL. ✓ Projeto de Estágio.

**APÊNDICE VII – ESTRUTURA E DINÂMICA DA CONSULTA DE
ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**

Silvia Araújo

Estrutura e Dinâmica da Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil



6º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora Clínica

Docente Orientadora: Profª Doutora Mª Manuela Soveral



Objetivos

- Enquadrar teoricamente a organização da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil e a intervenção do enfermeiro;
- Descrever a estrutura e dinâmica da consulta de enfermagem de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil;
- Realçar a eficácia dos cuidados promotores de saúde através de uma abordagem multidisciplinar.



Conceitos

Desenvolvimento

"...refere-se ao aperfeiçoamento e à especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais." p.78

Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança

"...é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo." p.71

in OE (2013) - Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

· Foco de intervenção: "...promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem." p.13

· Domínios de Atuação dos Cuidados de Enfermagem: "...participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados." p.5

· Desenvolvimento das Competências Profissionais: "...conhecimentos e/ou habilidades nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, efectuando a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, pondo em prática as suas competências técnicas e relacionais, ..." p.5-6

in Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Consulta

Periodicidade

Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)

· PRIMEIRO ANO DE VIDA

- 1ª Semana
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses

· 1-3 ANOS DE VIDA

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 2 anos
- 3 anos

· 4-9 ANOS DE VIDA

- 4 anos
- 5 anos (EGS)
- 6 ou 7 anos
- 8 anos

· 10-18 ANOS DE VIDA

- 10 anos
- 12/13 anos
- 15/18 anos



Consulta

Objetivos dos Exames de Saúde

Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)



Avaliar o crescimento e desenvolvimento



Comportamentos promotores de saúde



Promover a saúde



Detetar e Encaminhar



Prevenir, identificar e abordar doenças comuns

Consulta

Objetivos dos Exames de Saúde

Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)



Sinalizar e proporcionar apoio na doença crónica



Assegurar aconselhamento genético



Identificar, apoiar, orientar em caso de maus tratos



Promover o desenvolvimento e autodeterminação



Apoiar e estimular as responsabilidades parentais

Avaliar o crescimento e desenvolvimento

Consulta Conteúdos



Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)



Altura



Peso



Perímetro Cefálico

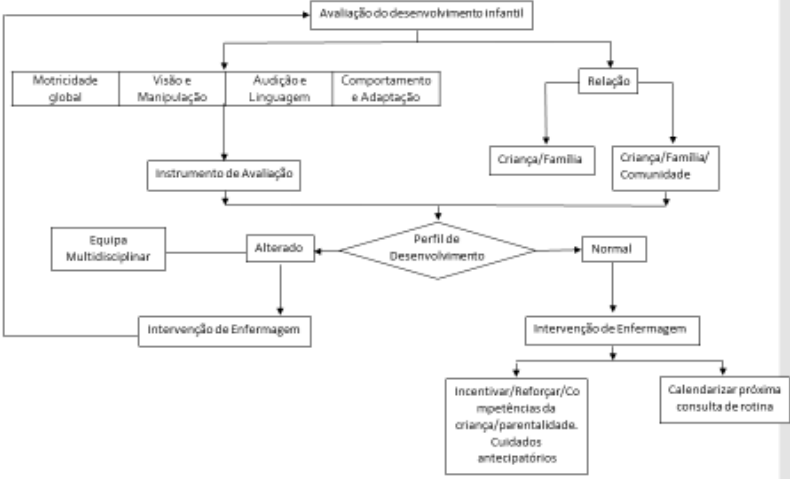






Algoritmo para Avaliação do Desenvolvimento da Criança

Adaptado in Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1, Ordem dos Enfermeiros (2020)

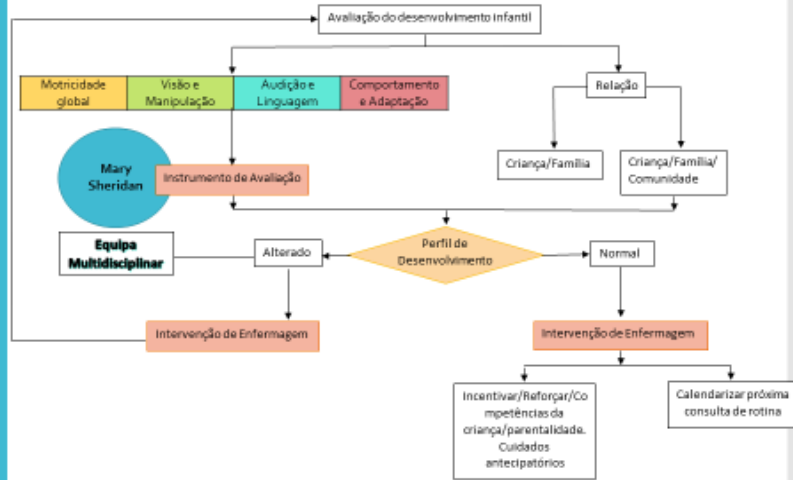


```

graph TD
    A[Avaliação do desenvolvimento infantil] --> B[Motricidade global]
    A --> C[Visão e Manipulação]
    A --> D[Audição e Linguagem]
    A --> E[Comportamento e Adaptação]
    A --> F[Relação]
    F --> G[Criança/Família]
    F --> H[Criança/Família/Comunidade]
    B --> I[Instrumento de Avaliação]
    C --> I
    D --> I
    E --> I
    I --> J{Perfil de Desenvolvimento}
    J --> K[Alterado]
    J --> L[Normal]
    K --> M[Equipe Multidisciplinar]
    M --> N[Intervenção de Enfermagem]
    L --> O[Intervenção de Enfermagem]
    O --> P[Incentivar/Reforçar/Competências da criança/parentalidade. Cuidados antecipatórios]
    O --> Q[Calendarizar próxima consulta de rotina]
    
```

Algoritmo para Avaliação do Desenvolvimento da Criança

Adaptado in Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I, Ordem dos Enfermeiros (2020)



Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan

Adaptado in Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I, Ordem dos Enfermeiros (2020)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA				
4-6 SEMANAS				
	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
PARÂMETROS A AVALIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas, tenta levantar a cabeça, • Decúbito dorsal: virando subitamente a cabeça da criança para um lado observação flexão/adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral – Reflexo Atónico Assimétrico do Peixeço, • Tração para se sentar: queda da cabeça, • Sentado: dorso em arco e mãos fechadas, • Suspensão ventral: cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa e segue o objeto a 20-25 cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (meio círculo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Vira (pisca os olhos e/ou pára a atividade em curso, estende as pernas ou abre as mãos em resposta ao som a 25 cm do ouvido). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta, • Sorriso presente às 6 semanas (em resposta voluntária, distinto de movimentos involuntários), • Chora quando de desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.
SINAIS DE ALARME		ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO		
<ul style="list-style-type: none"> ! Sentado: ausência de tentativa de controlo de cabeça, ! Em pé: hipertonicidade, ! Nunca segue a face humana, ! Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana), ! Não se mantém alerta, nem por breves momentos. 		<ul style="list-style-type: none"> + Movimentar objetos coloridos e pendurá-los a uma distância um pouco superior a 20 cm do rosto da criança, + Produzir sons suaves (rocas, chocinhos e caixa de música) e utilizar tonalidades de voz diferentes e suaves, + Usar cadeira de baloiço, + Tocar e embalar em sincronia com o seu comportamento, + Proporcionar conforto alternando posições, + Massajar suavemente e com movimentos simples, + Proporcionar ambiente calmo e sem sobrecarga de estímulos. 		

Fonte: Direcção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2015
Adaptação: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015

Consulta

In DGS (2013) – Programa Nacional de Saúde da Saúde Infantil e Juvenil, p.12

“Em todas as consultas deve avaliar-se:

- **Preocupações** dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- **Intercorrências** desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- **Frequência e adaptação** ao infantário, ama, ATL e escola;
- Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres;
- **Dinâmica do crescimento e desenvolvimento**, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
- Cumprimento do calendário vacinal de acordo com o **PNV**”

“... Caracterização dos aspetos relacionais e a **deteção precoce** de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.”

“A avaliação da **dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar** deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde.”

Consulta

20
minutos

In DGS (2013) – Programa Nacional de Saúde da Saúde Infantil e Juvenil, p.12

- **Acolhimento;**
- **Avaliação do crescimento;**
- **Avaliação do desenvolvimento;**
- **Avaliação da relação familiar;**
- **Cuidados antecipatórios;**
- **Atividades promotoras do desenvolvimento;**
- **Educação para a saúde (alimentação, segurança, brincar,...)**
- **Imunização;**
- **Registos (BSIJ, BIS, SClínico)**
- **Transmissão de informações relevantes.**

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. *Revista Cadernos OE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- www.apsi.org.pt
- www.dgs.pt

Obrigada



APÊNDICE VIII – GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO - URGÊNCIA

PEDIÁTRICA

Urgência Pediátrica			
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS À CRIANÇA E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE E EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a equipa de Enfermagem na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil em contexto de urgência, face à necessidade identificada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração um questionário destinado à equipa de enfermagem por forma a compreender a sua práxis diária, relativamente à avaliação do desenvolvimento infantil; • Apresentação e debate com a orientadora clínica e docente dos resultados obtidos através do questionário, podendo ou não resultar em estratégias que visem a melhoria de cuidados. • Partilha de saberes e experiências com os elementos da equipa de enfermagem, relacionando as características dos estádios de desenvolvimento e as intervenções/attitudes selecionadas para a prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem. ✓ Orientadoras clínica e docente. ✓ PNSIJ. ✓ Guia Orientador de Boa Prática ✓ Biblioteca da ESEL e bases de dados ✓ Projeto de Estágio.
	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança/família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria. • Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, temperamento, culturas e situação clínica. • Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados, atendendo ao esclarecimento de dúvidas e ao tranquilizar de medos da criança e da família 	

Urgência Pediátrica				
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES		
<p>Continuação</p> <p>PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS À CRIANÇA E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE E EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DESENVOLVIMENTO</p>	<p>Integrar a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil nos cuidados de enfermagem, em contexto de urgência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados globais e individualizados na doença aguda ou agudização da doença crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção do percurso da criança no serviço de urgência: da inscrição à alta, transferência ou internamento. • Colaborar com os elementos da equipa de enfermagem nas atividades que desenvolvem, numa perspetiva de integração no serviço, aprimorando competências técnicas (segurança e destreza). • Prestação de Cuidados Não Traumáticos, com enfoque nas técnicas distrativas como estratégias de controlo de dor nos procedimentos invasivos. • Observação dos comportamentos obtidos das crianças e dos jovens face aos procedimentos realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem. ✓ Orientadora clínica. ✓ Orientadora docente. ✓ PNSIJ. ✓ Guia Orientador de Boa Prática. ✓ Biblioteca da ESL e bases de dados. ✓ Projeto de Estágio.

APÊNDICE IX - QUESTIONÁRIO APLICADO NA URGÊNCIA

PEDIÁTRICA

Questionário

O questionário foi elaborado no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, integrado nas atividades de Estágio Clínico na Urgência Pediátrica, da estudante Sílvia Isabel Araújo. O tema do projeto em curso é "Avaliação do Desenvolvimento Infantil: relevância na intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria".

Todos os questionários serão anónimos e os dados obtidos não serão publicados.

Agradeço a sua colaboração, obrigada!

1. Há quanto tempo exerce a sua atividade profissional?

Menos de 3 anos Entre 3 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Entre 10 e 15 anos Mais de 15 anos

1.1 E especificamente na Urgência Pediátrica?

Menos de 3 anos Entre 3 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Entre 10 e 15 anos Mais de 15 anos

2. Além do serviço de Urgência Pediátrica exerce ou exerceu funções noutra local?

Sim Não

2.1 Se sim, qual a tipologia do mesmo?

Urgência Cuidados Intensivos Internamento C.Saúde Primários Outro

3. Tem conhecimento da existência de alguma escala de avaliação do desenvolvimento infantil preconizada para o seu serviço?

Sim Não

4. Os estádios de desenvolvimento, temperamento e características individuais, da criança e da família, são fatores relevantes para a adequação dos cuidados de enfermagem, no seu contexto de trabalho?

Sim Não Apenas os estádios de desenvolvimento Apenas o temperamento Apenas as características individuais da criança/família

5. Considera suficientes os conhecimentos que detém sobre a temática do desenvolvimento infantil, para a sua prática clínica diária?

Sim Não

6. Já alguma vez fez formação na área do desenvolvimento infantil, além do programa de licenciatura em Enfermagem?

Sim Especifique. _____ Não

7. Se tivesse protocolada a aplicação de uma escala de desenvolvimento infantil em contexto de Serviço de Observação (SO) e Unidade de Cuidados Intermédios, como consideraria a intervenção?

Inútil Pouco útil Útil Muito útil
Apenas sobrecarga de trabalho Com aplicabilidade reduzida Importante para a abordagem à criança

8. Na sua opinião, em contexto de urgência, a avaliação do desenvolvimento infantil é uma intervenção de enfermagem com implicação direta para a melhoria de cuidados?

Sim Não

8.1 Porquê?

**APÊNDICE X - GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO – UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – CHLN				
OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na área da Neonatologia.	<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar conhecimento científicos, na globalidade, sobre o recém-nascido pré-termo/doente e cuidados de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica acerca do RN pré-termo/doente (complexidade e cuidados de enfermagem). Identificação dos fatores inibidores e promotores do desenvolvimento no período neonatal. Conhecimento dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento do RN pré-termo e sua aplicabilidade na unidade de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientadora clínica. ✓ Orientadora docente.
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com o RN e família. 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em neonatologia. Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com a família, sensíveis à situação clínica, vivências e emoções e culturalmente sensíveis. Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com o recém-nascido e família. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Biblioteca da ESEL. ✓ Projeto de Estágio.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – CHLN				
Continuação				
	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na área da Neonatologia.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados promotores da parentalidade, em situações complexas do RN pré-termo/doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento e prestação de cuidados, em parceria, com os pais, atendendo ao conforto e organização do RN, de forma total e independente, na Unidade de Cuidados Intermédios e Sala de Pré-Saída. • Prestação de CNT e promotores do desenvolvimento do RN pré-termo/doente. • Acolhimento dos pais na UCIN: apresentação da equipa, normas de funcionamento e explicação possível do ambiente (incluindo informação escrita). • Diálogo com os pais incentivando a expressão do pensamento e sentimentos. • Enaltecimento das características do RN aos pais: aparência e comportamento e novas aquisições. • Preparação para a alta: cuidados antecipatórios e rede de suporte. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientadora clínica ✓ Orientadora docente ✓ Biblioteca da ESEL. ✓ Projeto de Estágio


**APÊNDICE XI – GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO –
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

Serviço de Internamento de Pediatria ⁱ				
	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS NA MAXIMIZAÇÃO DA SAÚDE E EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, no processo de transição para o internamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a equipa de Enfermagem na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, em processos de hospitalização, face à necessidade identificada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, em contexto de internamento. • Identificação dos fatores inibidores e promotores do desenvolvimento aquando do internamento. • Apresentação do instrumento de trabalho elaborado aquando do estágio no CDC: escala de desenvolvimento Mary Sheridan, sinais de alerta e atividades promotoras de desenvolvimento. • Elaboração de um instrumento de trabalho, de fácil consulta, justificando atitudes terapêuticas de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de enfermagem. ✓ Orientadora clínica. ✓ Orientadora docente. ✓ PNSIJ. ✓ Guia de Acolhimento do CHLN (Departamento de Pediatria) ✓ Biblioteca da ESEL. ✓ Projeto de Estágio
		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança, o jovem e família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria. • Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, temperamento, culturas e situação clínica. • Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com a criança/família. 	

Serviço de Internamento de Pediatria				
Continuação	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS NA MAXIMIZAÇÃO DA SAÚDE E EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, no processo de transição para o internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados globais e individualizados na doença aguda ou agudização da doença crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias que motivam o internamento na unidade de estágio. • Participação nos cuidados individualizados à criança, ao jovem e à família durante todo o internamento: admissão, acolhimento, permanência e alta ou transferência. • Adequação dos cuidados de enfermagem ao estágio de desenvolvimento e situação clínica. • Escolha e aplicação de atividades na área do brincar terapêutica, das técnicas distrativas e de métodos não farmacológicos no controlo da dor. • Prestação de Cuidados Não Traumáticos, com enfoque nas técnicas distrativas como estratégias de controlo de dor nos procedimentos invasivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de enfermagem. ✓ Orientadora clínica. ✓ Orientadora docente. ✓ PNSIJ. ✓ Guia de Acolhimento do CHLN (Departamento de Pediatria) ✓ Biblioteca da ESEL. ✓ Projeto de Estágio

**APÊNDICE XII – ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS**

ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS

LACTENTE 0-12m		
	DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL	MEDOS
	<p>No decorrer do primeiro ano de vida os lactentes desenvolvem o sentimento de confiança em si, nos pais e nos outros. A satisfação adequada das suas necessidades permite-lhes sentirem-se confortáveis e seguros e assim, controlarem o ambiente.</p> <p>A estimulação tátil é fundamental para a aquisição de confiança. É através do toque que inicia o seu processo de socialização, que aprende a conhecer-se a si e aos outros revelando memória.</p> <p>Progridem desde os comportamentos reflexos para a atividade repetitiva e, posteriormente, para os comportamentos miméticos. Três grandes conquistas acontecem neste período: a separação, a permanência do objeto e a representação mental.</p> <p>Gradualmente, percebem que outros também controlam o ambiente e que é necessário reajustes, que os objetos continuam a existir para além do campo de visão e que é possível pensar no objeto sem o experimentar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Estímulos intensos e desconhecidos; ☹ Sensação de desamparo; ☹ Cair e perder apoio; ☹ Situações imprevistas; ☹ Pessoas estranhas.


BRINQUEDOS LÚDICOS E TERAPÉUTICOS	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Brinquedos macios, coloridos e com som (caixinha de música, roca, castanholas); ☺ Panos macios; ☺ Bolas com espelho e som, ☺ Livros com música e texturas em relevo; ☺ Música para bebés. ☺ Material didático: máscara, barrete, frasco e sistema de soro e penso. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis; ☹ Jogo do «esconde-esconde»; ☹ Toque nos materiais didáticos; ☹ Distração: através das cores, texturas e dos sons; ☹ Simulação de procedimentos através da colocação da máscara, barrete, penso na pessoa significativa; ☹ Relaxamento: olhar dirigido, sorriso, embalo, carícias, chupeta, falar e cantar em voz baixa, música de embalar, massagem.

Fontes:

Ordem dos Enfermeiros, *Diminuir o Medo da Cirurgia - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2011.
 Ordem dos Enfermeiros, *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2013.
 Hockenberry & Wilson, Wong – *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.)*, Loures, 2014

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016, sob supervisão da Professora Orientadora Maria Manuela Soveral

ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS

TODDLER 1 - 4 anos		
CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS		MEDOS
	<p>Os <i>toddlers</i> preparam-se para passar da confiança para o controlo, a independência e a autonomia. Progressivamente, são capazes de tolerar a separação dos pais, percebendo uma diferenciação de si próprio em relação aos demais. Compreendem agora que o seu comportamento é independente e que causa efeito nos outros. A procura de autonomia e a necessidade de depender dos outros é muitas vezes geradora de conflitos, podendo surgir características como as birras, o negativismo e o ritualismo. Existe também maior preocupação com as emoções alheias.</p> <p>Conseguem ganhar controlo sobre as funções corporais e as habilidades motoras (finas e grosseiras) são aprimoradas. Adquirem a linguagem e novos comportamentos sociais, interagindo com os outros de forma menos egocêntrica. Apreciam o jogo paralelo e imitação simbólica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Animais; ☹ Tempestades; ☹ Banho; ☹ Estar longe dos pais; ☹ Mudanças do meio envolvente.


BRINQUEDOS LÚDICOS E TERAPÊUTICOS	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Boneco para modelo; ☺ Livros de histórias coloridos; ☺ Música, canções e rimas; ☺ Instrumentos musicais (tambor, pandeireta, xilofone); ☺ Jogos de encaixe; ☺ Fantoches de dedo; ☺ Apitos coloridos tipo "língua de sogra"; ☺ Bolas de sabão; ☺ Material de desenho; ☺ Material didático: compressas, pensos, adesivo, ligaduras, livros de histórias que podem estar relacionadas com os procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Simulação de procedimento efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar - «faz-de-conta»; ☹ Manipulação do material didático; ☹ Distração: percepção visual, auditiva e tátil e por concentração em jogos de construção; ☹ Contar histórias: identificar situações vividas ou a experimentar; ☹ Arteterapia: desenho e pintura; ☹ Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação; ☹ Relaxamento: falar em voz baixa, histórias (repetidamente), brinquedo favorito, música, massagem, técnicas de relaxamento «criativo» - bater palmas, jogos (da «mão morta», «o robot e a boneca de trapos», «fantoches com molas nos pés», «não me importo, «subir a escada».

Fontes:

Ordem dos Enfermeiros, *Diminuir o Medo da Cirurgia - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2011.
 Ordem dos Enfermeiros, *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2013.
 Hockenberry & Wilson, Wong – *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.)*, Loures, 2014

Realizado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016, sob supervisão da Professora Orientadora Maria Manuela Soveral

ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

PRÉ-ESCOLAR 4 - 6 anos	
	CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS
	<p>As crianças desta idade estão num período de aprendizagem intensa e a aquisição da iniciativa é um marco importante, tal como o desenvolvimento da consciência moral que lhes permite distinguir entre o certo e o errado, o bom e o mau, com sentido de justiça em que transparecem os valores familiares.</p> <p>Tomam consciência das diferenças sexuais e sentem rivalidade perante o progenitor do mesmo sexo ao mesmo tempo que aprendem os papéis sociais/culturais de género.</p> <p>A linguagem mantém uma conotação egocêntrica, com uso vocabulário que vai além da sua compreensão total. Têm um pensamento mágico e acreditam que o próprio pensamento é poderoso, capaz de modificar os acontecimentos. O jogo é o modo como compreendem, adaptam e processam as experiências da vida, tomando-se crucial como ferramenta comunicacional e terapêutica.</p>
	MEDOS
	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Escuro; ☹ Bruxas, monstros e fantasmas; ☹ Catástrofes; ☹ Medo de se magoar; ☹ Pessoas más; ☹ Separação dos pais; ☹ Ficar sozinho.

BRINQUEDOS LÚDICOS E TERAPÊUTICOS	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Boneco para modelo; ☺ Fantoches, bonecos variados; ☺ Livros de histórias ☺ Música, canções, rimas, lengalengas e adivinhas; ☺ <i>Puzzles</i>; ☺ Apitos coloridos tipo "língua de sogra"; ☺ Bolas de sabão; ☺ Material de desenho; ☺ Vídeos; ☺ Material didático: compressas, pensos, adesivo, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro, livros de histórias que podem estar relacionadas com os procedimentos; diplomas e medalhas de bom comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar (representar a partir de informações dadas como rotinas hospitalares e procedimentos necessários); ☹ Manipulação do material didático; ☹ Distração: percepção visual, auditiva e tátil e por concentração em jogos de construção; ☹ Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação: «contrato comportamental»; ☹ Arteterapia: desenho e pintura; ☹ Humor; ☹ Relaxamento: falar em voz baixa, imaginação guiada, histórias, brinquedo favorito, música, massagem, técnicas de relaxamento «criativo» - bater palmas, jogos (da «mão morta», «o robot e a boneca de trapos», «fanteche com molas nos pés», «não me importo, «subir a escada», saltar à corda.

Fontes:


Ordem dos Enfermeiros, *Diminuir o Medo da Cirurgia - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2011.

Ordem dos Enfermeiros, *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2013.

Hockenberry & Wilson, Wong – *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.)*, Loures, 2014

Adaptado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016, sob supervisão da Professora Orientadora Maria Manuela Soveral

ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS

	ESCOLAR 6 - 11 anos	
	CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS	MEDOS
	<p>Os escolares aumentam os seus interesses e as suas aptidões, sentem uma grande motivação para participar em trabalhos com significado e utilidade. Sentem realização pessoal nas tarefas que terminam quer sozinhos, quer com os outros e desenvolvem a autonomia e a independência.</p> <p>São capazes de usar o pensamento para perceber ações e comportamentos, sem necessidade de recorrer à prática e, são agora mais capazes de perceber diferentes perspetivas. Há um desenvolvimento do pensamento lógico e da moralidade, podendo julgar pela intenção e não pelas consequências da ação. Têm curiosidade em aprender sobre o sobrenatural e podem sentir grande consolo em práticas religiosas.</p> <p>Concentram-se mais nas relações com os pares, que lhe proporcionam experiências de aprendizagem importantes como a partilha de vários pontos de vista. Existe uma abordagem neutra, latente relativamente ao sexo oposto embora se mantenha a aprendizagem sobre os diferentes papéis sexuais. Tomam-se mais sensíveis às normas sociais e à pressão do grupo de pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Acidentes; ☹ Incêndios; ☹ Ladrões; ☹ Dano corporal, doenças; ☹ Morte; ☹ Impressionam-se com o que veem e ouvem (notícias dos <i>media</i>); ☹ Ridículo; ☹ Mau rendimento escolar; ☹ Conflito parental.

BRINQUEDOS LÚDICOS E TERAPÊUTICOS	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Livros de temáticas diversas: ciências, anedotas, adivinhas; ☺ Jogos: <i>puzzles</i>, «quebra-cabeças», enigmas, <i>sudoku</i>, palavras cruzadas; ☺ Bolas coloridas anti-stress; ☺ Música; ☺ Vídeos; ☺ Material didático: compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, livros sobre o corpo humano. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Explicação e dramatização dos procedimentos; ☹ Manipulação do material didático; ☹ Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; ☹ Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação: «contrato comportamental»; ☹ Distração; ☹ Humor; ☹ Relaxamento: leitura e histórias, música, vídeos, respiração lenta, massagem, estratégias de confronto; contrato comportamental, técnicas formais de relaxamento muscular.

Fontes:


Ordem dos Enfermeiros, *Diminuir o Medo da Cirurgia - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2011.

Ordem dos Enfermeiros, *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2013.

Hockenberry & Wilson, Wong – *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.)*, Loures, 2014

Realizado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016, sob supervisão de Professora Orientadora Maria Manuela Soveral

ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO E ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS

ADOLESCENTE 11 - 18 anos	
CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS	MEDOS
 <p>Os adolescentes são capazes de pensar além do concreto e perceber o abstrato, considerar hipóteses e probabilidades, compreender conceitos como a felicidade ou a atração. Perspetivam o futuro e conseguem equacionar riscos pelo que a sua capacidade de decisão aumenta. O pensamento pode tornar-se novamente egocêntrico e é comum o sentimento de que todos reparam no seu comportamento ou, convencer-se de que as suas experiências e emoções são únicas, que são invencíveis ou que sabem tudo.</p> <p>Forma a identidade equacionando como se vê, como os outros o veem, o seu papel na sociedade e o futuro que deseja. Sente que tem que fazer cada vez mais escolhas restritas e multidimensionais.</p> <p>O grupo de pares é o que mais influencia o desenvolvimento e a socialização dos jovens: é no grupo que encontram modelos de comportamento, fontes de motivação e reforço e formas de interação com estilos de vida diferentes.</p> <p>A sexualidade ocupa um lugar de destaque no período da adolescência não só pelas profundas alterações físicas e biológicas. As relações românticas são vistas como o 'amor verdadeiro' mas também muitas relações sexuais iniciam-se apenas pela curiosidade de exploração e pressão do grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☹️ Alturas, tempestades, catástrofes naturais; ☹️ Répteis e insetos; ☹️ Relações interpessoais ☹️ Perda de autoestima; ☹️ Sangue; ☹️ Transformações do corpo; ☹️ Ferimentos do corpo; ☹️ Morte.

BRINQUEDOS LÚDICOS E TERAPÉUTICOS	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ☺️ Livros de temáticas diversas: ciências, anedotas, adivinhas; ☺️ Jogos: <i>puzzles</i>, «quebra-cabeças», enigmas, <i>sudoku</i>, palavras cruzadas, cartas; ☺️ Bolas coloridas anti-stress; ☺️ Música; ☺️ Vídeos; ☺️ Material didático: compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, sistema de soro e frasco, livros sobre o corpo humano 	<ul style="list-style-type: none"> ☹️ Explicação e demonstração dos procedimentos; ☹️ Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; ☹️ Distração: evocar imagens e momentos agradáveis e confortantes; ☹️ Humor; ☹️ Relaxamento: amuletos, fotos, leitura, música, tecnologias, respiração lenta e profunda, técnicas de confronto – autoinstrução e pensamento positivo, técnicas formais de relaxamento muscular.

Fontes:

Ordem dos Enfermeiros, *Diminuir o Medo da Cirurgia - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2011.
 Ordem dos Enfermeiros, *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança - Guia Orientador de Boa Prática*, Lisboa, 2013.
 Hockenberry & Wilson, Wong – *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.)*, Loures, 2014

Realizado por: Sílvia Araújo no âmbito do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016, sob supervisão da Professora Orientadora Maria Manuela Soveral

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – 16º CONGRESSO

NACIONAL DE PEDIATRIA



16^o

CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA

22-24 OUTUBRO 2015

ALBUFEIRA

Certifica-se que

Sílvia Isabel Marques Araújo

Esteve presente no 16^o Congresso Nacional de Pediatria que se realizou no Palácio de Congressos do Algarve em Albufeira, de 22 a 24 de Outubro de 2015.

Albufeira, 24 de outubro de 2015

Prof.ª Doutora Teresa Bandeira
Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria

**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – IV ENCONTRO
DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA**

IV Encontro de Intervenção Precoce na Infância

Seminário Regional de Apresentação do Guia PRÁTICAS RECOMENDADAS EM INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA UM GUIA PARA PROFISSIONAIS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Silvia Azeiteiro,
nacionalidade Portuguesa, portador/a do número de identificação
n.º 11982801, participou no SEMINÁRIO REGIONAL DE
LISBOA E VALE DO TEJO de apresentação do GUIA, intitulado, "Práticas
Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para
profissionais", integrado no IV Encontro de Intervenção Precoce na
Infância de Lisboa e Vale do Tejo, que decorreu em Lisboa, no dia 20
de novembro de 2015, com a duração de 7 horas.

O Encontro /Seminário foi organizado pela Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo - Núcleo de Supervisão Técnica de Lisboa, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), pela CERC LISBOA e pela Fundação LIGA, em conjunto com a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), em parceria com a Associação Pais em Rede e a Universidade de Aveiro, no âmbito do Projeto Im² cofinanciado pela Fundação Calouste Gulbenkian.

Lisboa, 20 de novembro de 2015

Drª Leonor Carvalho
(Vice-presidente da Associação Nacional de Intervenção Precoce)



GOVERNO DE
PORTUGAL

Ministério da Saúde
Ministério da Educação e Ciência
Ministério da Solidariedade,
Emprego e Segurança Social

Organização:

Subcomissão de Coordenação Regional
de Lisboa e Vale do Tejo
Núcleo de Supervisão Técnica de Lisboa



**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO - XXII JORNADAS
DO HOSPITAL DE SANTAL MARIA – DIÁLOGOS NA DOR**

XXII JORNADAS DE PEDIATRIA

Departamento de Pediatria | Hospital de Santa Maria, CIILN
Diretora | Professora Doutora Maria do Céu Machado

Diálogos na
DOR



CERTIFICADO

Certifica-se que **Silvia Araújo** participou nas XXII JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, que decorreram em Lisboa, de 21 a 22 de Janeiro de 2016.

Lisboa, 22 de Janeiro de 2016

Prof. Doutora Maria do Céu Machado
Presidente das XXII Jornadas de Pediatria

ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – 7ª REUNIÃO
PEDIÁTRICA O SIM E O NÃO EM PEDIATRIA



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo.(a) Senhor(a)

Silvia Araújo

Esteve presente na **7.ª Reunião Pediátrica Hospital Cuf Descobertas**, realizado no Hotel Olissipo Oriente – Lisboa, nos dias 4 e 5 de Fevereiro de 2016.

P/Comissão Organizadora

ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – CURSO

SATÉLITE COMUNICAÇÃO CLÍNICA



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo.(a) Senhor(a)

Silvia Isabel Marques Araújo

Esteve presente no **Curso Satélite – COMUNICAÇÃO CLÍNICA** da 7.ª Reunião **Pediátrica Hospital Cuf Descobertas**, realizado no Hotel Olissipo Oriente – Lisboa, nos dias 5 e 6 de Fevereiro de 2016.

Frequentou o Curso e conseguiu a aprovação na avaliação final de 100%

P/Comissão Organizadora

CHLN — Centro Hospitalar Lisboa Norte